

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

**BİR STRES TÜRÜ OLARAK KRONİK AĞRI VE
SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE
AĞRIYLA BAŞETME STRATEJİLERİNİN ARACI
ROLÜ: ÖZETKİNLİK İNANÇLARININ ROLÜ**

Ayla HOCAOĞLU UZUNKAYA
2502140431

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. H. Özlem SERTEL BERK
İstanbul-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : AYLA HOCAOĞLU Numarası : 2502140431
Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI Danışmanı : DOÇ.DR.H.ÖZLEM SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi : 27.05.2019 Saati : 14:00
Tez Başlığı : BİR STRES TÜRÜ OLARAK KRONİK AĞRI VE SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİDE AĞRIYLA BAŞETME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ: ÖZETKİMLİK
İNANÇLARININ ROLÜ

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUyla karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.GÜLER BAHADIR		Kabulü
DOÇ.DR.H.ÖZLEM SERTEL BERK		Kabulü
DOÇ.DR.AYLİN REZVANİ		Kabulü
DOÇ.DR.ASLI ÇARKOĞLU		Kabulü
DR.ÖĞR ÜYESİ AYŞE ELİF YAVUZ SEVER		KABULÜ

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.SEVİM CESUR		
DOÇ.DR.BİGE ZEYNEP OKTUĞ		

ÖZ

Bir Stres Türü Olarak Kronik Ağrı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkide Ağrıyla Başetme Stratejilerinin Aracı Rolü: Özetkinlik İnançlarının Rolü

Ayla Hoccoğlu Uzunkaya

Bu çalışmada bir stres türü olarak kavramsallaştırılan kronik ağrı yaşantısı üç farklı yöntemle ölçülmüştür: ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Özellikler ve Ağrı Bilgi Formu, Ağrıyla Başetme Envanteri, Genel Özyeterlilik Ölçeği, Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2, Görsel Analog Skalası, West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri ve Yaşam Değişimleri Anketi verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile en güçlü ilişkiyi ağrı stresi ölçümlerinden çok boyutlu ağrı şiddeti gösterirken; aktivite düzeyi ile ağrı stresi ölçümleri içinde ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi göstermiştir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi, çok boyutlu ağrı şiddeti ve pasif başetme açıklamaktadır. Çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide pasif başetmenin kısmi aracı rolü gözlenmiştir. Özetkinlik, ağrı stresinden bağımsız bir değişken olarak ağrıya bağlı engellilik düzeyini etkilemektedir. Ağrıya özgü özetkinlik hem doğrudan hem de pasif başetme aracılığıyla dolaylı olarak ağrıya bağlı engellilik düzeyini etkilemektedir. Diğer yandan aktivite düzeyini ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, aktif başetme ve genel özetkinlik bir arada açıklamaktadır. Aktivite düzeyindeki değişimin en güçlü yordayıcısının aktif başetme olduğu görülmüştür. Ağrıya özgü özetkinlik ise aktivite düzeyini hem doğrudan hem de aktif başetme aracılığıyla dolaylı olarak etkilemektedir. Çalışmanın sonuçları, kronik ağrı hastalarında multidisipliner tedavilerin önemine işaret etmektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyini hedef alan müdahalelerin ağrı stresine ve pasif başetmeye odaklanmaları önerilirken; aktivite düzeyini hedef alan müdahalelerin ise özellikle ağrıya özgü özetkinlik ve aktif başetme yöntemlerine odaklanmaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: kronik ağrı, stres ve başetme, özetkinlik, ağrıya bağlı engellilik, aktivite

ABSTRACT

The Mediating Role of Pain Coping Strategies of Relationship between Chronic Pain as a Stress and Health Outcomes: The Roles of Self Efficacy **Ayla Hocaoglu Uzunkaya**

In this study chronic pain experience conceptualized as a type of stress was measured by three different methods: pain intensity, multidimensional pain intensity, pain frequency x disturbance level. Informed Consent Form, Sociodemographic Features and Pain Information Form, Pain Coping Inventory, General Self-Efficacy, Pain Self-Efficacy Questionnaire-2, Visual Analog Scale, The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory and Life Experience Survey were applied to the participants. Results showed that the strongest relationship was observed between pain disability and multidimensional pain intensity which is one of the pain stress measure; activity level and pain frequency x disturbance level which is another one of the pain stress measure. It was found that multidimensional pain intensity and passive coping predicted changes of pain-related disability level. The partial mediation role of passive coping was observed in the relationship between multidimensional pain intensity and pain-related disability. Independently from pain stress, it was observed that self efficacy predicted pain-related disability. Pain self efficacy predicted pain-related disability both directly and indirectly through passive coping. On the other side, pain frequency x disturbance level, active coping and general self efficacy predicted activity level in together. The strongest variable was active coping to explain activity level. Pain self efficacy predicted activity level both directly and indirectly through active coping. The results of study points out the importance of multidisciplinary treatments with chronic pain patients. Interventions targeting pain related disability should focus on passive coping and multidimensional pain intensity. And the interventions aimed at increasing activity level should focus especially on pain self efficacy and active coping.

Key words: chronic pain, stress and coping, self efficacy, pain disability, activity

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın bitmesi, doktora eğitimimin de tamamlanması anlamına geliyor. Kendi başına, bunu ifade etmekle bir yanıyla çok onur duysam da diğer yanıyla da çok buruk hissediyorum. Doktora eğitimim boyunca ve bu çalışmanın tamamlanması sürecinde kendimi minnettar hissettiğim çok kişi var. Bu sürecin bu kadar öğretici, keyifli ve dolu dolu geçmesini de bu kişilere borçluyum.

Öncelikle dersler başladıktan yaklaşık iki hafta sonra aniden bir gün çıkıp kapısını çaldığım Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk hocama, o ilk karşılaşmadan bu çalışmanın noktasını koyduğumuz ana kadar geçen süreçte bir danışman, bir terapist, bir süpervizör hatta ihtiyaç duyduğumda bir aile üyesi gibi sağladığı tüm destek için çok teşekkür ederim. Bu kabul, destek ve paylaşım bana hayatım boyunca unutamayacağım bir zemin hazırladı, minnettarım.

Tez izleme komitemde yer alan çok değerli hocalarım, bu çalışmanın baştan sona bambaşka bir şekilde evrilmesine sebep oldu. Tüm süreç boyunca her türlü desteği sağlayan Prof. Dr. Güler Bahadır, Doç. Dr. Aylin Rezvani, Doç. Dr. Işıl Bilican ve Prof. Dr. Ayşegül Ketenci hocalarıma çok teşekkür ederim. Ayşegül hocam ayrıca bu süreç boyunca verilerin toplanması ve hastalarla görüşmelerin yapılabilmesi amacıyla tezimin ikinci danışmanı olarak bana çok büyük bir destek sağladı. Multidisipliner çalışmanın nasıl olduğuyla ilgili bir uygulama fırsatı sunarak bana cesaret verdi, kendisine ayrıca çok teşekkür ediyorum. Ayrıca tez savunmamda bulunmayı kabul ederek tezime destek veren Doç. Dr. Aslı Çarkoğlu, Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Elif Yavuz Sever, Prof Dr. Sevim Cesur ve Doç. Dr. Bige Zeynep Oktuğ hocalarıma da çok teşekkür ederim.

Sürecin tamamlanmasında çok kişinin emeği var. İstanbul Üniversitesi psikoloji bölümünde okurken çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerimizin olağanüstü emek harcayarak hastalarla tek tek görüşmeleri sonucunda bu veriler toplandı. Her birine sabırları ve emekleri için çok teşekkür ederim. Tüm bu süreçte çalışmaya katılan hastalarımıza da bu çalışmanın oluşmasına izin verdikleri için minnettarım.

Bugün ülkenin ve dünyanın farklı yerlerinde varlığımızı devam ettirdiğimiz çok sevgili doktora arkadaşlarım ise doktora eğitimimin her evresinde, klinik uygulamalarımda ve ihtiyaç duyduğum her yaşam olayında yanımdaydılar. Öyle ki kolektif özetkinliğin de ne olduğunu birlikte öğrenirken bu kocaman doktora ailemize katılan her yeni üyeyi de birlikte kucakladık. Bir sonraki evreye geçtiğimiz her ayımda bir öncekini özlemeye de devam ettim. Bana kattıkları her şey için Esin Temeloğlu Şen, Nermin Taşkale, Barış Salman, İrem Yelken, Nuray Öner, Elit Bilge Bıykoğlu, Duygu Kuzu ve Buket Altuk’a çok teşekkür ederim.

“Doktora bir hayattır” demiş Özlem hocam bir yerde. O kadar uygun düştü ki burada da sözünü etmeden geçemedim. Bu hayat, bir sürü yollardan geçti. Bana öyle dostlar kazandırdı ki konular, ihtiyaçlar değişse de bu dostlar her daim varlıklarını hissettirdiler. Başımı her çevirdiğimde yanımdaydılar. Ne zaman bir sıkışma yaşasam yanı başımdaydılar. Bu destek olmasaydı nasıl olurdu, bugün kestirmesi zor. Doktora bir hayat, bu hayat benim için dopdolu oldu. Her zaman varoldukları için Sinem, Zeynep, Özge ve Nurdan’a çok teşekkür ederim.

Elbette köklerimi oluşturan, uzakta yakında varlıklarıyla her şeyi yapabileceğime dair güç aldığım canım aileme çok teşekkür ederim. Ve hayatıma yeni

katılan Uzunkaya ailesi...7'den 70'e her bir üyesine minnettarım, bu kalabalık çok güçlü hissettiriyor.

Süreç tamamlanırken hayatımı da hiç ön göremediğim bir yere götürdü. Bazı şeyleri tahmin edebilirken, bazı şeyleri ise tahmin edebilmek mümkün değil. Belki de hayatı bu kadar güzel kılan yaşanacakları öngörememektir. Yaşadığım her deneyimi paylaşabildiğim, varlığının oluşturduğu duyguları dillendirmekte zorlandığım sevgili hayat arkadaşım Ömür Uzunkaya'ya dilin anlatamadığı her şey için minnettarım.

Ayla Hocaoglu Uzunkaya

İstanbul, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. KRONİK AĞRIYA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR.....	8
1.1.1. Psikodinamik Yaklaşımlar Açısından Ağrı.....	9
1.1.2. Kapı Kontrol Kuramı.....	10
1.1.3. Davranışçı Kuramın Ağrıya İlişkin Açıklamaları.....	12
1.1.4. Bilişsel-Davranışçı Kuramın Ağrıya İlişkin Açıklamaları.....	13
1.2. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ PERSPEKTİFİNDEN BİR STRES TÜRÜ OLARAK KRONİK AĞRI.....	14
1.2.1. Strese İlişkin İlk Tanımlar.....	15
1.2.2. Transaksiyonel Stres ve Başačkma Modeli.....	17
1.2.2.1. Değerlendirme Süreci.....	17
1.2.3. Bir Stres Türü Olarak Kronik Ağrı	18
1.2.4. Kronik Ağrının Eşlik Ettiği Hastalıklar.....	20
1.2.5. Stres Türü Olarak Kronik Ağrının Ölçümü	22
1.3. BAŞETME.....	25
1.3.1. Başetme Stilleri.....	25

1.3.2. Başetme Süreçleri.....	27
1.3.3. Kronik Ağrıyla Başetme Yöntemleri.....	29
1.4. ÖZETKİNLİK	30
1.4.1. Ağrıya Özgü Özetkinlik	33
1.5. AĞRIYLA İLİŞKİLİ DİĞER DEĞİŞKENLER.....	35
1.6. AĞRI YÖNETİMİ AÇISINDAN AĞRIYLA BAŞETME STRATEJİLERİ, ÖZETKİNLİK VE AĞRIYA BAĞLI SONUÇLARA İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR.....	35
1.6.1. Kronik Ağrı ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar.....	36
1.6.2. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Başetme Stratejileri ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar.....	42
1.6.3. Özetkinlik, Ağrıyla Başetme Stratejileri ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar.....	48
Amaç ve Araştırma Soruları.....	57

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar.....	66
2.2. Veri Toplama Araçları	66
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	67
2.2.2. Sosyodemografik Özellikler ve Ağrı Bilgi Formu.....	67
2.2.3. Ağrıyla Başetme Envanteri (ABE)	68
2.2.4. Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ)	69
2.2.5. Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 (AÖÖ-2)	69
2.2.6. Görsel Analog Skalası (GAS).....	70
2.2.7. West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri (WHYÇBAE).....	70
2.2.8. Yaşam Değişimleri Anketi (YDA).....	72
2.3. Uygulama.....	73

2.4. Verilerin Analizi.....	74
-----------------------------	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimsel Bulgular.....	75
3.1.1. Katılımcılara İlişkin Betimsel Bulgular.....	75
3.1.2. Araştırmada Kullanılan Ölçümlere Dair Betimsel Bulgular.....	78
3.2. Araştırma Sorularının Analizleri.....	80

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik ve Ağrıya İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi.....	103
4.2. Ağrıya Bağlı Engellilik Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	116
4.3. Aktivite Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	141
4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	150
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	152
KAYNAKÇA	159
EKLER	194
ÖZGEÇMİŞ.....	205

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik ve ağrı özelliklerine ilişkin sıklık dağılımları.....	77
Tablo 3.2. Katılımcıların ağrı özelliklerine ilişkin minimum, maksimum, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri.....	78
Tablo 3.3. Araştırma değişkenlerinin minimum, maximum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri.....	78
Tablo 3.4. Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki korelasyon değerleri.....	79
Tablo 3.5. Ağrıya bağlı engellilik ile araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri.....	81
Tablo 3.6. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde çok boyutlu ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresinin, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinin, ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresinin ve pasif başatmanın ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine dair çoklu hiyerarşik regresyon analizi sonuçları.....	84
Tablo 3.7. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....	86
Tablo 3.8. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....	89
Tablo 3.9. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....	90
Tablo 3.10. Aktivite düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri.....	92
Tablo 3.11. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin, aktif başatmanın ve genel özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine dair çoklu hiyerarşik regresyon analizi sonuçları.....	94
Tablo 3.12. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....	96
Tablo 3.13. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde genel özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....	98

Tablo 3.14. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aktif başatmenin aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....99

Tablo 3.15. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmenin aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları.....100



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Ağrıya Bağlı Engellilik Düzeyini Etkileyen Değişkenler.....	157
Şekil 4.2. Aktivite Düzeyini Etkileyen Değişkenler.....	157



KISALTMALAR LİSTESİ

GÖÖ:	Genel Özyeterlilik Ölçeği
AÖÖ:	Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2
GAS:	Görsel Analog Skalası
WHYÇBAE:	West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri
YDA:	Yaşam Değişimleri Anketi
ÇBAŞ:	Çok Boyutlu Ağrı Şiddeti
RA:	Romatoid Artrit
OA:	Osteoartrit
FMS:	Fibromiyalji Sendromu
RH:	Romatizmal Hastalıklar

GİRİŞ

İnsan davranışlarını anlamakta ve açıklamakta beden ve zihin arasındaki ilişki yüzyıllardır insanlığın temel konuları arasında yer almaktadır. Yaklaşık 40 yıl önce Matarazzo (1980) tarafından çerçevesi belirginleştirilen Sağlık Psikolojisi disiplini iki ayrı dala sağlık ve hastalık kavramlarına odaklanmaktadır. Sağlık psikolojisi bir yandan sağlığı korumayı, geliştirmeyi ve sürdürmeyi diğer bir deyişle koruyucu sağlık hizmetlerini diğer yandan bir hastalığın varlığında hastalık uyumunu etkileyen sağlık davranışlarını incelemeyi hedeflemektedir. Sağlık psikolojisinin bu kapsayıcı perspektifi, pek çok hastalık ve sağlık davranışı için temel bir yaklaşım olmaktadır. Bugün gelinen bu noktanın tarihsel izlerine bakıldığında, insanlığın mazisi çok da parlak gözükmemektedir. Tarih öncesi dönemde hastalığın bedene girmiş şeytani güçlerle açıklandığı bilinmektedir. Bu açıklamaya göre hastalığın tedavisi de acımasız yöntemlerle bu güçleri bedenden çıkarmaktır (Kaplan, 1975). Örn; Taş Devri dönemine ait arkeolojik çalışmalarda, üzerinde delik olan kafatasları bulunmakta ve bu delikler, hekim ya da şamanlar tarafından ritüeller eşliğinde gerçekleşmiş uygulamalar olarak değerlendirilmektedir (Kaplan, 1975). Bir adım sonrasında Antik Yunan'da beden ve zihin birbirinden tamamen ayrı yapılar olarak ele alınmasına rağmen hastalığa ilişkin etiyolojik açıklamalar beden sıvılarındaki düzensizlik olarak yapılmaktadır (Morrison ve Bennett, 2006). Hippocrates bedendeki farklı sıvıların farklı etkiler oluşturduğuna dikkat çekerek mizaç kuramına işaret etmektedir. Bu doğrultuda ilk kez Hippocrates tarafından zihin ve bedenin ayrıştırılarak ele alınamayacağı belirtilmiştir (Morrison ve Bennett, 2006). Hippocrates tarafından hastalığın nedeni olarak şeytani güçler yerine beden sıvılarındaki değişimlerin gösterilmesi ve beden-zihin birlikteliğine/etkileşimine işaret edilmesi bir umut olsa da ardından orta çağda insanlığın karanlık bir döneme sürüklenmesi hastalık ve tedaviye ilişkin yaklaşıma da etki etmiştir. Tedaviyi din adamlarının üstlendiği bu dönemde; hastalık bir suç, tedavi ise bedenin cezalandırılmasıdır (Kaplan, 1975). Uzun süre devam eden bu karanlık dönemin ardından, Aydınlanma çağıının etkisiyle meydana gelen penisilinin bulunması, mikroskopun keşfi, otopsi alanında yapılan çalışmalar gibi yeniliklerle insan anatomisinin incelenmesi ve hücre yapısının tanınmasıyla ilgili fırsatlar artmıştır. Bu durum, *“tüm hastalıkların, hücrelerin bozulmasından*

kaynaklandığı” görüşünün oluşmasına zemin hazırlamıştır (Friedman ve Di Matteo, 1989). Biyomedikal model olarak tanımlanan bu yaklaşımda, beden ve zihin birbirinden ayrı olarak ele alınmakta ve hastalık, tamamen fizyolojik olarak açıklanmaktadır. Bu dönemde özellikle enfeksiyon hastalıklarının tedavi edilmesi ve ilaçlar yardımıyla mucize sayılacak iyileşmelerin sağlanması biyomedikal modele ilgiyi arttırmış ve biyomedikal model, tıp dünyasında uzun süre baskın ve hatta tek bakış açısı olarak yer almıştır (Friedman ve Di Matteo, 1989). Ancak hastalıkların doğaüstü güçlerle açıklanmasının yerini biyomedikal modelin alması, hastalık ve tedaviye yaklaşımda bir yanıyla yeni bir dogmatik bakış açısını hâkim kılmıştır. Hastalıkların ve tedavinin sadece biyolojik yöntemlerle olabileceği düsturu tıp dünyasının temel öğretilerinden biri olarak varlığını yıllarca sürdürmüştür.

İnsanın psikolojik özelliklerinin, hastalığın oluşmasında, sürmesinde ve tedavide etkisine işaret etmeyen biyomedikal modelin hakimiyeti, nedeni bulunamayan ve fizyolojik açıklaması olmamasına rağmen devam eden hastalık durumlarıyla karşılaşıldığında sarsılmıştır. Tam da bu dönemde Freud (1953, 1974), hastalarında nedeni bulunamayan konversiyon atakları, bayılmalar gibi durumları bilinçaltı çatışmaların bir sonucu olarak açıklayarak bedensel bir duruma zihinsel bir açıklama getirmiştir. Sonrasında psikosomatik tıbbın öncüsü olarak görülen Franz Alexander, belirli duygular ile spesifik bazı fizyolojik tepkiler arasındaki ilişkiye işaret ederek beden ve zihin arasındaki bağlantıya odaklanmıştır (Alexander ve Szasz, 1952). Hem Freud’un hem de psikosomatik tıp alanında önemli çalışmalara imza atan Alexander’ın çalışmaları beden ve zihin arasındaki bağlantıya ışık tutmaları açısından mihenk taşı olma özelliğindedir. Diğer yandan bugünkü biyopsikososyal yaklaşımın temelleri, kronik ağrı hastalarıyla yaptığı çalışmalarla, “ağrıya yatkın hasta” özelliklerini belirleyen George Engel (1959) ile atılmıştır. Engel (1959), kronik ağrının oluşmasında psikolojik, sosyal ve biyolojik açıklamaları bir arada sunarak biyomedikal modelin eksiklerini gündeme getirip sağlık psikolojisinin temel bakış açısı olan biyopsikososyal yaklaşımın nüvelerini atmıştır. Kişilerin biyokimyasal farklılıklarına, ağrılarını tetikleyen psikolojik özelliklerine ve sosyal çevrelerine; tanı ve tedavide hasta-doktor ilişkisinin önemine vurgu yaparak hastalığın sadece fizyolojik özelliklerle değil psikososyal elementleriyle ve hatta bireysel bir durum

olarak değil bir sağlık sistemi içerisinde ele alınması gereken bir olgu olduğunu vurgulamıştır. Engel'in bu kavramsallaştırması, hastalık ve tedaviye ilişkin bakışaısını genişleterek hastaların fiziksel ve psikolojik özelliklerine ilişkin yapay ayrımların ortadan kalkması gerektiğine işaret etmiştir.

Hastalıkların ele alınmasında salt biyolojik özelliklerin yeterli olmaması ve Engel'in çalışmalarıyla biyopsikososyal yaklaşımın yaygınlık kazanmasıyla 1978 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından "sağlık psikolojisi" alt alanı tanımlanmıştır. Matarazzo (1980), bir yanıyla sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürölmesine odaklanırken diğer yanıyla da bir hastalık olduğunda bu hastalığı "sağlıklı" yaşımanın yolları olarak görölebilecek sağlık davranışlarına odaklanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık psikolojisi, hem sağlık davranışlarını açıklayan bireysel-toplumsal sağlık kuramlarını hem de sağlık hizmet ve politikalarını geliştirmeyi hedeflemektedir. Sağlık psikolojisinin bir alt alanı olarak 1993 yılında tanınmış olan klinik sağlık psikolojisi ise bir hastalığın tedavisinde biyopsikososyal faktörleri bir arada ele alan eğitim ve akreditasyon uygulamalarını içermektedir (Belar, Deardorff, APA, 1995). Biyopsikososyal yaklaşımın uygulamadaki karşılığı ise multidisipliner tedavi programlarıdır. Örneğin; kronik ağrıya uyumda grup psikoterapisinin etkisinin incelendiği bir derleme sonuçları, ağrıya uyumda multidisipliner tedavilerin tek başına kullanılan hem tıbbi hem de psikolojik tedavilerden daha etkili olduğuna işaret etmektedir (Temeloğlu-Şen, Hoccoğlu ve Sertel-Berk, baskıda). Bu bilgiler sağlık psikolojisi perspektifiyle hem koruyucu sağlık hizmetlerinde hem de baş göstermiş bir hastalığın tedavisinde, insanı çevresiyle etkileşim içinde ve sadece fiziksel özellikleriyle değil psikolojik ve sosyal özellikleriyle de ele almanın önemine ışık tutmaktadır. Bu doğrultuda bireyi, biyopsikososyal bir yaklaşımla ve multidisipliner bir ekip içerisinde ele almak daha çok önem kazanmaktadır.

Herkesin zaman zaman yaşıadığı ağrı, kişinin yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz etkileyen; kanser gibi belirli bir hastalığa eşlik edebildiği gibi romatoid artrit, osteoporoz, osteoartrit, fibromiyalji gibi hastalıklarda hastalığın temel belirtisi olarak da karşılaşılabilen ve toplumun neredeyse tamamını ilgilendiren bir sağlık problemidir

(Babadağ, Alparslan ve Güleç, 2015). Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (1988) tarafından “mevcut veya potansiyel bir doku hasarına bağlı hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir yaşantı” olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sağlığı için bir sinyal işlevi gören ve tedavi edilebilen bir durum olan akut ağrının aksine kronik ağrı, tedaviye rağmen devam eden ve uyum sağlanması gereken zorlayıcı bir durumdur (Treede vd., 2015). Akut bir kaza ya da hastalıkla ilişkili olmayan en az üç aydır var olan devamlı ya da tekrarlayan ağrılar olarak tanımlanan kronik ağrı, süresi açısından akut ağrıdan farklılaşmaktadır (American Chronic Pain Association, 2013). Ağrının hem duyuşsal hem de duygusal bir yaşantı olması, doku hasarı ile ağrı şiddetinin ve ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı olumsuz etkilerin her zaman paralel gitmemesi açısından önemli bir bakış açısı sunmaktadır (Sharp, 2001). Bazı hastalar, doku hasarı olmasa da yoğun ağrı şikâyetleri yaşarken; bazı hastalar ise doku hasarının belirginliği ve ağrı şiddetlerinin yoğunluğuna rağmen genel beklentinin aksine fiziksel ve sosyal işlevselliklerini sürdürmektedir. Kişiler arasındaki bu farklılık, ağrının nasıl yaşanacağına sadece fiziksel faktörlerin rol oynamadığını düşündürmekte; psikososyal faktörlerin de rolünü akla getirmektedir. Bu durum, bir önceki paragrafta aktarıldığı gibi tüm sağlık sorunları gibi kronik ağrının da multidisipliner bir bakış açısıyla kavranmasını gerekli kılmaktadır.

Ağrıya ilişkin bakış açısında söz edilen bu değişim, ağrının tedavisinde de değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Biyomedikal bakış açısıyla ağrı, salt duyu organlarındaki bir hasar olarak kavramsallaştırılmakta ve hastanın pasif olduğu yöntemler (örn; başta ilaç tedavileri olmak üzere) tedavinin odağı olmaktadır. Biyopsikososyal bir bakış açısıyla ele alındığında ise ağrı yaşantısında rol oynayan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler bir arada değerlendirilmekte; tedavinin hedefinde tüm bu bileşenler yer almaktadır. Son dönemde ağrı yönetiminde önemi daha çok kavranan multidisipliner tedaviler; farmakolojik tedavileri, fiziksel egzersizi ve özellikle bilişsel davranışçı müdahaleler odaklı psikolojik tedavileri kapsamaktadır (Lami, Martinez ve Sanchez, 2013). Bu doğrultuda kronik ağrıda tedavilerin temel hedefi, bu üç bileşeni içerecek şekilde hastaların kendini düzenleme/yönetme becerilerini geliştirmek ve ağrıya bağlı sağlık sonuçları açısından etkili olabilecek değişkenleri keşfedip güçlendirmektir (Carr vd., 2006; Smith ve Elliot, 2005).

Kendini düzenleme odaklı tedaviler, hastaların farmakolojik tedavileri ve fiziksel egzersizleriyle birlikte ağrıya dönük bilişlerine ve ağrıyla başetmede kullandıkları yöntemlere odaklanmaktadır (Ferreira-Valente vd., 2014; Jackson vd., 2014; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011; Taylor vd., 2017). Kronik ağrı, bir stres kaynağı olarak kişilerin yaşamlarını gerek fiziksel gerek sosyal ve duygusal olarak etkilemektedir. Bu nedenle, ağrı yönetiminde kullanılan başetme stratejileri ile fiziksel ve psikolojik iyilik arasındaki ilişki pek çok çalışmada vurgulanmaktadır (örn; Broderick vd., 2011; Esteve vd., 2007; Ferreira-Valente vd., 2014; Riddle vd., 2018). Kişiler farkında olarak ya da olmayarak kullandıkları çeşitli stratejiler aracılığıyla ağrıya uyum sağlamaya çalışmakta; bu stratejilerden bazıları ağrıya uyumu artırırken, bazıları ise azaltmaktadır. Buradan hareketle ağrı yönetiminde kişilerin uyumunu arttıran-azaltan başetme stratejilerini ve bu stratejilerin kullanımını etkileyen inançları keşfetmek önem kazanmaktadır. Diğer yandan başetme stratejilerinin hangi sağlık sonucu açısından ele alınacağı da önemli bir konu olmaktadır. Özellikle kronik ağrı hastalarının ağrı yaşantısıyla birlikte eskiden sürdürdükleri işlerde azalma olmaya diğer bir değişle ağrıya bağlı engellilikleri oluşmaya başlamaktadır. Ayrıca doğrudan ağrıya ilgili olmamakla birlikte kronik ağrı hastalarının günlük faaliyetlerinde de azalma görülmektedir. Bu doğrultuda kronik ağrının etkileri incelenirken ağrıya bağlı engellilik ve (günlük) aktiviteler açısından başetme stratejilerinin incelenmesi, ağrının biyopsikososyal olarak ele alınması açısından önemli olmaktadır.

Kişilerin ağrıya başetmede kullanacakları yöntemleri şekillendiren bir kavram, özetkinliktir. Kökenlerini sosyal bilişsel modelden alan özetkinlik ya da bir diğer kullanımı ile özyeterlik (self efficacy) kavramı, kişilerin belirli davranışları gerçekleştirmek konusunda kendilerine olan inançlarını ifade etmektedir (Bandura, 1977; 1989). Özetkinlik, kişinin ne kadar yetenekli olduğuna değil, belirli bir durumu/eylemi gerçekleştirmekte kendine ne kadar güvendiğine karşılık gelmektedir. Bandura ve arkadaşları (1997), özetkinliği daha yüksek olan kişilerin bir eylemi gerçekleştirmekte başarısız olduklarında bu durumu kendileriyle değil yöntemle ilişkili olarak açıkladıklarına ve eylemde başarılı olabilmek için yeni yöntem arayışlarına girdiklerine vurgu yapmaktadır. Bu durum, bir davranışı sürdürmekte özetkinliğin yüksek ve düşük olmasının rolüne işaret etmektedir. Bu doğrultuda

kişilerin kullandıkları başetme stratejilerinde özetkinliğin rolünü incelemek aydınlatıcı olmaktadır.

Yapılan çalışmalar ağrı yönetiminde özetkinliğin kritik önemde olduğuna; özetkinlik ile ağrıyla başetme stratejileri ve ağrı sonuçları arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (Jackson vd., 2014). Özetkinliğin ağrı sonuçlarını hem doğrudan hem de başetme stratejileri aracılığıyla dolaylı olarak etkilediğini gösteren çalışmalar artmaktadır (örn; Hermsen vd., 2016; Vranceanu ve Ring, 2014). Özetkinliği yüksek olan kişilerin aktif başetme yöntemlerini, pasif başetme yöntemlerinden daha fazla kullandıklarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Strahl vd., 2000; Turner vd., 2005). Ancak psikoloji disiplinde çoğunlukla psikolojik sonuç değişkenlerin incelendiği ve ağrıyla başetme yöntemleri, özetkinlik gibi psikolojik özelliklerin ağrıya bağlı olumlu (aktivite düzeyleri) ve olumsuz (engellilik düzeyleri) fiziksel sonuçlar açısından rolünü inceleyen çalışmalara daha çok ihtiyaç olduğu görülmektedir. Böylece kronik ağrının biyopsikososyal bir bütünlük içinde ele alınmasının öneminin yeniden vurgulanması hedeflenmektedir. Bir diğer açıdan ağrının nasıl ölçüleceği de temel bir sorun olmakta ve çoğunlukla ağrının sadece bir şiddet olarak değerlendirildiği görülmektedir. Diğer yandan düşük düzeyde olduğu bildirilen bir kronik ağrı durumu bile sadece varlığıyla kişilerin hayatlarında uyum sağlanması gereken bir stres faktörü olmaktadır. Bu durum ağrının yaşanma sıklığının önemine işaret etmektedir. Daha da ötesinde ağrı, duyuşsal ve duygusal bir yaşantı olarak kavramsallaştırılmakta ve bu doğrultuda ağrı stresi olarak bu çalışmada üç farklı ölçüm alınarak hangisinin sonuçlar açısından daha belirleyici olduğu araştırılmaktadır. Bu çalışmada bir stres türü olarak ağrının kişilerin yaşamlarına olan etkilerinde ağrıyla başetme stratejilerinin ve özetkinliğin rolünün incelenmesi hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda izleyen bölümde öncelikle kronik ağrının tarihsel sıralamaya uygun olarak nasıl ele alındığı aktarılacak ve sonra Lazarus ve Folkman'ın (1984) Transaksiyonel (Etkileşimsel) Stres ve Başa çıkma Modeli'ne göre kronik ağrı bir stres türü olarak yeniden kavramsallaştırılacaktır. Ardından stresin oluşumunda ve etkisinde ağrıyla başetme yöntemlerinin önemini anlayabilmek açısından başetme kavramı aktarılacaktır. Bir sonraki bölümde ağrıyla başetme stratejileriyle ve ağrıya bağlı fiziksel sağlık sonuçlarıyla ilişkisi açısından özetkinlik detaylandırılacaktır.

Konuyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına geçmeden önce de çalışmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkileri etkileme olasılığı olan değişkenlerden söz edilecektir. Son olarak konuyla ilgili yapılan çalışmalar ele alınıp bu çalışmanın amaç ve araştırma soruları aktarılacaktır.



BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. KRONİK AĞRIYA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (1994) (International Association for the Study of Pain – IASP) tarafından “mevcut ya da potansiyel bir doku harabiyetine bağlı hoş olmayan duyusal ve duygusal yaşantı” olarak tanımlanan ağrı yaşantısı, bazılarının nadiren bazılarının ise kronik olarak yaşadığı bir sağlık sorunu olarak toplumun tamamını ilgilendiren bir durumdur. Akut ve kronik ağrı arasındaki temel fark, kronik ağrının en az üç aydır yaşanıyor olmasıdır (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı, 1994). Ancak süre farkının ötesinde kişinin sağlığı için bir sinyal işlevi gören ve tedavi edilebilen bir durum olan akut ağrının aksine kronik ağrıda, hastalığın tedavisinden sonra da devam eden ve uyum sağlamayı gerektiren zorlayıcı bir durum söz konusudur (Treede vd., 2015). Kronik ağrının çok boyutlu bakış açısı, doku hasarı ile ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engelliliğin her daim paralel gitmediğine dikkat çekmektedir. Bazı hastalar, ağrı yoğunluğunu arttırabilecek organik hasara sahip olmakla birlikte ağrı şiddetini çok yoğun yaşamadıklarını bildirirken; pek çok hastada da doku hasarı tarafından yeterince açıklanamayan çok yoğun ağrı şikayetleri bulunmaktadır (Sharp, 2001). Diğer yandan benzer düzeylerde ağrı şikâyeti olduğunu belirten kişilerin de bu ağrının hayatlarına olan etkileri aynı olmamaktadır. Bazı hastalar hem günlük aktivitelerini sürdürmeye ve işlevselliklerini korumaya devam ederken, bazı hastalar ise ağrı dolayısıyla hayatlarının çok belirgin düzeyde etkilendiğinden ve zorunlu işlerini dahi devam ettirmekte zorlandıklarından söz etmektedir (Martinez-Calderon vd., 2018; Osborne vd., 2007). Diğer yandan kronik ağrı hastalarının fiziksel ve sosyal işlevsellikleri kadar duygudurumları da farklılaşmaktadır. Kronik ağrıya en çok eşlik eden belirtiler olan depresyon ve anksiyete belirtileri açısından da hastalar farklılık göstermektedir (de Heer vd., 2014; Lerman vd., 2015; Matcham vd., 2013). Özet olarak kronik ağrı, hastaların yaşamlarını fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkilemekte ve uyum sağlanması gereken bir durum olmaktadır.

Söz edildiği gibi kronik ağrı bedensel (duyusal), duygusal ve hatta sosyal bileşenleri içeren bir yaşantı olmakla birlikte konuyu ele alan disiplinlerin bu bileşenlerden çoğunlukla sadece birine odaklandığı görülmektedir. Örneğin; fibromiyalji hastalarına dönük yürütülen grup psikoterapisi odaklı müdahalelerle hastaların psikolojik özelliklerinde değişim elde edilirken, tıbbi tedavileri içeren biyomedikal müdahaleler ile fiziksel sağlık sonuçlarında gelişme kaydedildiği görülmektedir (Temeloğlu-Şen, Hoccoğlu ve Sertel-Berk, 2018). Ancak her disiplin kendi hedef değişkenine odaklandığında yüzyıllar öncesindeki beden zihin ayrımı günümüzde de bir yönüyle devam etmektedir. Söz konusu bu yapay ayrımın ortadan kaldırılmasında sağlık psikolojisi yaklaşımından önce tarihsel olarak pek çok kuram ve kuramcı tarafından kronik ağrı yaşantısına ilişkin açıklamalar yapılmıştır. Klinik psikoloji perspektifinden ağrıya ilişkin ilk açıklamaların psikanalitik/psikodinamik yaklaşımdan geldiği görülmekte; yarım asrı aşkın bir süre sonra bugün sağlık psikolojisi perspektifiyle kronik ağrı, Transaksiyonel Stres ve Başačkıma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984) tarafından bir stres kaynağı olarak ele alınmaktadır. Bu bölümde kronik ağrı yaşantısını açıklamaya dönük kuramlar tarihsel bir sıralamada aktarılarak ağrıya ilişkin bakış açısındaki değişim anlaşılmaya çalışılacaktır.

1.1.1. Psikodinamik Yaklaşımlar Açısından Ağrı

Psikodinamik yaklaşımların ağrıya ilişkin açıklamaları, kişinin farkında olmadığı bilinçdışı olumsuz duygulanımlarının beden aracılığıyla ifade edildiğine odaklanmaktadır. Öncelikle Freud'un metinlerinde dile getirilen *bilinçdışı çatışmaların beden aracılığıyla dışa vurulabileceği* görüşü, psikosomatik tıp alanında yapılan çalışmalarla belirli duygular ile fizyolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi vurgulayarak evrilmiş; beden ve zihin arasındaki bağlantıya odaklanmıştır (Alexander ve Szasz, 1952). Hem Freud'un hem de psikosomatik tıp alanında önemli çalışmalara imza atan Alexander'ın çalışmaları beden ve zihin arasındaki bağlantıya ışık tutması açısından önemli olmakla birlikte, ikisinin de çalışmalarında "ağrı yaşantısına" değinmedikleri görülmektedir. Ağrı yaşantısına ilişkin ilk açıklamaların kendisi de bir psikoanalist olan ve kronik ağrı literatürü açısından önemli bir yeri bulunan George Engel (1959) tarafından yapıldığı görülmektedir. Engel (1959), özellikle kendisinin

takip ettiği psikosomatik bozukluk tanısı almış olan hastaların pek çoğunun, psikanaliz sürecinde açığa çıkan ağrı şikayetlerini derinlemesine incelemiştir. Engel söz konusu çalışmasında ağrıya yatkın hastaların özelliklerini çok boyutlu olarak belirlemeye odaklanmıştır. Engel hastaların ağrıyı nasıl yaşadığını anlamayı ve ağrının sadece fizyolojik değil psikolojik ve sosyal bileşenlerini de keşfetmeyi hedefleyerek ağrıya ilişkin biyopsikososyal bakış açısının da nüvelerini atmıştır. Ağrıya yatkın hastaların hangi sosyal ortamlarda bulunduklarını, sahip oldukları ortak psikolojik ve fizyolojik özellikleri tanımlamaya çalışarak biyomedikal bakış açısından uzaklaşarak biyopsikososyal modelin temellerini atmıştır. Örneğin; hastaların farkında oldukları ya da olmadıkları suçluluk duygularına (duygusal bileşen) ve yaşamdaki zorlu süreçlerden sonra ağrıların şiddetlenmesine (sosyal ortam) vurgu yaparak, ağrının psikolojik ve sosyal bileşenlerini de anlamaya çalışmıştır. Hatta ağrı hastalarının yakınlarında ağrı şikayetinin olması durumu ile sıklıkla karşılaşıldığını belirterek bu durumu bilinçdışı çatışmanın çözümüne ilişkin bir yöntem olarak tanımlamıştır. Diğer yandan hastanın çevresindeki kişileri gözlemleyerek ağrı davranışlarının etkilenebileceğini ima ederek sosyal öğrenmeyi dahi göz önünde bulundurmuştur. Bu bilgiler ışığında, ağrıya yatkın hastaların özelliklerini belirlemeyi hedefleyen Engel, ağrı yaşantısında çocukluk yaşantılarının ve bilinçdışı çatışmaların rolünü vurgulayarak psikanalitik kuramın etkisini sürdürmekle birlikte hastaların kendi algılarını, bireysel özelliklerini ve çevresel durumlarını bir arada değerlendirerek bir geçiş döneminde (ya da dönüm noktasında) yer alıyor gibi görünmektedir. Engel'den sonra kronik ağrı literatürü açısından önemli bir yeri olan Kapı Kontrol Kuramı, ağrının psikolojik bileşenlerini fizyolojik düzeyde ele alarak ağrı yaşantısında psikolojik ve fizyolojik bütünlüğün önemini gün yüzüne çıkarmıştır (Melzack ve Wall, 1965).

1.1.2. Kapı Kontrol Kuramı

Kapı kontrol kuramı (Melzack ve Wall, 1965), ağrının varlığının ve şiddetinin nörolojik uyarıların geçişine bağlı olduğuna odaklanmaktadır. Arka boynuzda (dorsal horn), merkezi sinir sistemine giren uyarıların geçişini denetleyen (geçişine izin veren ya da geçişini engelleyen) bir kapı mekanizması olduğu belirtilmektedir. Bu

uyaranlar, perifer sinirler aracılığıyla bu mekanizmaya ulaşarak beynin daha yüksek örgütlü merkezlerine iletilmektedir. Bu algı merkezlerinde, ağrının şiddeti ve yoğunluğu belirlenmektedir. Ancak kapı-kontrol mekanizması sadece çıkan perifer uyaranlardan değil aynı zamanda beynin kontrol merkezlerinden inen uyaranlardan da etkilenmektedir. Bu sebeple, ağrı yaşantısı sadece incinme/yaralanma gibi bir doku hasarından kaynaklanan periferik bir uyaranla oluşmamakta; beynin yüksek merkezlerinden iletilen ateşleyici veya baskılayıcı sinir uyaranları da ağrı oluşumunu şekillendirmektedir. Bu kapı sistemi açık olduğunda uyaranlar bilinç düzeyine ulaşmakta ve ağrı hissedilmektedir. Ağrı uyaranlarını küçük çaplı lifler taşımaktadır. Diğer yandan deride çok sayıda bulunan büyük çaplı lifler, dokunma ile uyarılarak ağrı uyaranlarını taşıyan liflere karşı kapıyı kapatmakta ve ağrı duyumunun bilince geçmesini engellemektedir. Örneğin; masaj, sıcak-soğuk uygulamalar gibi yöntemlerle ağrının azalması ya da hissedilmemesi büyük liflerin aktive olmasıyla mümkün olmaktadır. Diğer yandan beyin sapındaki retiküler sistem duysal girdileri düzenlemektedir. Yoğun bir uyaran karşısında, beyin sapındaki ağrı uyarılarının geçişi inhibe olmakta ve ağrı hissedilmemektedir. Dikkat dağıtma, imajinasyon gibi tekniklerle ağrı hissini azalması ya da savaş ortamlarından çıkan askerlerin organlarında oluşan hasarları o sırada hissetmemelerinin de bu teoriyle açıklanması mümkün olmaktadır (Melzack ve Wall, 1965).

Kapı kontrol kuramına kadar ağrı, tıp dünyasında sadece fizyolojik bir durum olarak ele alınmakta; diğer yandan klinik psikolojisi perspektifiyle de bilinçdışı çatışmalarla açıklanmaya çalışılmakta ve insanın temel bileşenleri olan zihin ve beden dualistik bir şekilde kopukluğunu sürdürmekteydi. Kapı kontrol kuramıyla birlikte beynin algı ve duygulanımlarla ilgili merkezleri denkleme katılarak ağrı yaşantısı, beden ve zihin bütünlüğüyle ele alınmaya başlanmıştır. Bu durum, gelecekte sağlık psikolojisi alanının temel paradigması olan sağlığın ve hastalığın anlaşılmasında biyopsikososyal yaklaşımın da zeminini oluşturmaktadır. Sağlık psikolojisi, sağlık ve hastalık kavramlarını ele alırken insan davranışlarının önemli bileşenleri olan bilişsel ve davranışsal öğelere de odaklanmaktadır. Bu doğrultuda izleyen bölümde ağrıya ilişkin önce davranışsal ardından bilişsel ilkeler detaylandırılacaktır.

1.1.3. Davranışçı Kuramın Ağrıya İlişkin Açıklamaları

Davranışçı kuram, psikolojinin odağının sadece gözlenebilen ve ölçülebilen davranışlar olduğunu söylerken; tüm davranışlarımızın da öğrenilmiş olduğuna odaklanmaktadır. Klasik davranışçı kurama göre ağrı yaşantısı ancak bir davranış olarak ele alındığında ve çevresel uyanlarla tetiklenen ödül-ceza prensiplerine göre incelendiğinde anlaşılması mümkün olmaktadır (Fordyce vd., 1973). Bu doğrultuda kronik ağrının anlaşılması sürecinde davranışçı kuram iki kavram üzerinde durmaktadır: ağrı davranışı ve ikincil kazançlar.

Davranışçı kuramın temel ilkelerine göre ağrı ancak ağrı davranışları ile bir sorun olmaktadır. Örneğin; bir kişi ağrı çekerken şikâyet etme, işlerini bırakma, yoğun ağrı kesici kullanma gibi ağrı davranışları sergilemediğinde ağrı probleminden söz edilmemektedir. Diğer bir deyişle, ağrıyı bir sorun haline getiren bu davranışlardır ve önemli olan bu davranışları incelemektir. Davranışların hem hangi koşullarda oluştuğunu hem de hangi koşullar tarafından sürdürüldüğünü ya da baskılandığını keşfetmek önemlidir. Davranışçı kuramın temel odaklarından biri olan edimsel koşullama ilkelerine göre, kişinin ağrı davranışları sonucunda elde ettiği ödül ve cezalar davranışların belirleyicisi olmaktadır. Örneğin; işe gitmeme ya da fiziksel iş yükünün azalması gibi ağrı davranışları kişilerin fiziksel bir zorlanmadan kurtulmalarıyla sonuçlandığından ağrının da sürdürücüsü olmaktadır (Fordyce vd., 1973; Fordyce, 1984). Önemli bir konu, kişilerin her daim ağrı davranışlarının hemen ardından sonuçlarla karşılaşmamalarıdır. Bazı durumlarda, oluşan sonuçlar hastalar tarafından hemen fark edilmez ya da ağrı davranışlarının sonuçları olarak gözlenmezler. Tam da bu noktada, “ikincil kazançlar” kavramı akla gelmektedir. Hastalar, ağrı davranışları ile birlikte fiziksel iş yükü, iş devamlılığı, hatta çatışma ortamları gibi istenmedik koşullardan uzaklaşabilir ya da daha fazla ilgi görme ve bakım alma gibi olumlu sonuçlarla karşılaşabilirler. Tüm bu durumlar, ağrı davranışlarının ikincil kazançları olarak ağrının (davranış olarak) sürdürücüleri arasında ele alınmaktadır. Bu sebeple, davranışçı kuram kronik ağrıyı, ağrı davranışları olarak tanımlamakta ve müdahaleyi de bu davranışlara dönük olarak hem bireysel hem de çevresel olarak tasarlamaktadır. Davranışçı kuram, kronik ağrıyı anlamada önemli

bir bakış açısı sunmakla birlikte duygulara, bilişlere ve kişinin hayatında rol oynayan stresli yaşam olaylarına değinmemesi sebebiyle eksik kalmaktadır. Ağrı davranışları ortadan kalksa da ağrının varlığının devam etmesi, ağrının oluşmasında ve sürmesinde gözlenenin ötesinde rol oynayan ağrıya ilişkin değerlendirmeler olabileceğini akla getirmektedir. Bilişsel-davranışçı kuram, kronik ağrının sadece gözlenebilen ağrı davranışlarına indirgenemeyeceğini, her durumda olduğu gibi kronik ağrı yaşantısında da kişilerin bu duruma ilişkin algılarının, değerlendirmelerinin, beklentilerinin özetle bilişsel süreçlerinin şekillendirici olduğunu ileri sürmektedir. İzleyen bölümde kronik ağrının bilişsel-davranışçı kuram tarafından nasıl ele alındığı aktarılacaktır.

1.1.4. Bilişsel-Davranışçı Kuramın Ağrıya İlişkin Açıklamaları

1970’li yıllarda Beck’in depresyon tedavisi için bilişsel terapiyi geliştirmesinin ardından duygudurum ve anksiyete bozukluklarında bilişsel terapinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Ağrı yönetiminde bilişsel-davranışçı kuramın kullanılması, depresyon, anksiyete (kaygı) bozuklukları gibi çeşitli zihinsel hastalıklardaki araştırmalardan evrilmiştir (Turk vd., 1983). Sonrasındaki çalışmalarda, kronik ağrının kavranmasında da hem bilişsel hem de davranışçı bileşenlerin bir arada ve etkileşim içinde ele alınmasının önemi yaygınlaşmıştır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımın kronik ağrı yönetimindeki hedefi, işlevsel olmayan düşünce ve davranışların azaltılmasıyla psikolojik stresin azaltılması ve hem sosyal hem de fiziksel işlevselliğin artırılmasıdır (Ehde vd., 2014). Duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki etkileşime odaklanarak işlevsel olmayan kalıpları değiştirmeyi hedefleyen bilişsel-davranışçı yaklaşımın davranışçı yaklaşımla ortak (aşamalı kas gevşeme egzersizleri, ev ödevlerinin takibi, geri dönüşü (relapsı) önleme, sosyal beceri eğitimleri vs.) noktaları vardır. Ancak ağrıyı bir davranış olarak kavramsallaştıran ve çevreyi düzenleyerek ağrı davranışlarının söndürülmesine odaklanan davranışçı kuramın aksine bilişsel-davranışçı kuram, kişinin hayatındaki tüm durumlar gibi ağrıyı da uyumsuz düşünce ve davranışları fark edip yeniden yapılandırmak için bir fırsat olarak değerlendirmektedir (Alda vd., 2011; Karlsson vd., 2015; Lera vd., 2009; Parra-Delgado ve Latorre-Postigo, 2013). Bu doğrultuda bilişsel-davranışçı yaklaşım, ağrının anlaşılmasında davranışçı kuramdan daha geniş bir bakış açısı sunmaktadır.

Ağrı yönetiminde bilişsel davranışçı yaklaşım, ağrıya bağlı olumlu ve olumsuz sonuçları etkileyen bireysel özellikleri inceleyerek daha bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Kişilerin kas güçlerinin artması için fiziksel egzersizlerine devam edebilmeleri, ağrı kesicileri ağrıya değil zamana bağlı olarak kullanmaları gibi ağrıya uyum davranışları multidisipliner tedavilerin hedefleri arasındadır (Karlsson vd., 2015; Lera vd., 2009). Ancak hastalar, ağrının varlığında fiziksel egzersizlere devam edemeyeceklerine ve ağrı kesici kullanmadan ağrının varlığına dayanamayacaklarına dair güçlü inançlara sahip olabilirler (Alda vd., 2011; Karlsson vd., 2015). Bu noktada hastaların tedavi uyumlarını duyuşsal olarak ağrı şiddetleriyle birlikte ağrı oluşmasına dair beklentileri, korkuları ve durumla başedemeyeceklerine dair inançları da (özetkinlik) etkilemektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşım, hastaların ağrıya ilişkin değerlendirmelerini yeniden yapılandırarak ağrının varlığında bu ağrıyı yönetmek için kullanılan bilişsel ve davranışsal başetme stratejilerine odaklanmaktadır (Alda vd., 2011; Karlsson vd., 2015). Bu doğrultuda bilişsel davranışçı yaklaşım, ağrı yönetiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal öğeleri bir arada değerlendirerek multidisipliner tedavinin de önemli bir ayağını oluşturmaktadır (Lera vd., 2009; Parra-Delgado ve Latorre-Postigo, 2013). Bilişsel-davranışçı yaklaşım, yaşamdaki her durumun bireyin stres kaynağına ve kendi başetme yöntemlerine ilişkin yaptığı değerlendirmelere göre şekilleneceğini belirten Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli'nin (Lazarus ve Folkman, 1984) zeminini oluşturmaktadır. Bu modele göre ağrı yaşantısı da bir stres türü olarak ele alınmaktadır. Sağlık psikolojisinin de önemli yaklaşımları arasında yer alan Transaksiyonel model aktarılmadan önce izleyen bölümde öncelikle tarihsel olarak strese ilişkin bakış açısındaki değişim ele alınacaktır.

1.2. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ PERSPEKTİFİNDEN BİR STRES TÜRÜ OLARAK KRONİK AĞRI

Biyopsikososyal yaklaşımla hastalığı ve sağlığı açıklamayı hedefleyen Sağlık Psikolojisi, sağlıklılığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesini hedeflerken bir hastalık oluştuğunda da bu hastalığın tanısall ve etiyolojik özelliklerini inceleyen bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin ve politikalarının uygulamasını içeren bir

disiplindir. Bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmetleri açısından bir hastalığın önlenmesi için gerekli olan sağlık davranışlarına odaklanılırken, varolan bir hastalık durumunda ise hastalığa uyum ve mevcut sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan sağlık davranışlarına odaklanmaktadır (Matarazzo, 1980). Sağlık psikolojisi bakış açısıyla önemli olan hastalığın olması değil kişilerin bu hastalık durumunda sergilediği davranışlar, hastalığa ve tedaviye uyum sağlama çabalarıdır. Bu doğrultuda kronik ağrı bir stres kaynağı olarak kişilerin yaşamlarında uyum sağlamaları gereken bir durumdur. Kronik ağrıya ilişkin açıklamalara geçilmeden önce strese ilişkin ilk açıklamalar ve ardından Transaksiyonel Stres ve Başačkma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984) aktarılacaktır.

1.2.1. Strese İlişkin İlk Tanımlar

Sosyal bilimlerde ve sağlık bilimlerinde popülerliğı gün geçtikçe artmakta olan stres kavramı, bir endokrinolog olan Hans Selye'nin çalışmalarıyla bilim dünyasına girmiştir. Selye (1950), hayvanlarla yaptığı çalışmalarda farklı uyaranlar (örn; sıcak, soğuk uyarıcılar) karşısında verilen ortak tepkileri belirlemeye çalışmıştır. Bu tepkileri bir süreç olarak ele alıp Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) olarak adlandıran Selye (1950), stres durumunda oluşan tepki paternlerini tanımlamaya odaklanmıştır. GAS, birbirini takip eden üç evreden oluşmaktadır: a) *alarm evresinde* organizma uyaran karşısında bir şok yaşamakta ve karşı atağı geçmektedir. Sempatik sinir sisteminin devreye girmesinin ardından organizma savunmaya geçmekte ve adrenakortikal aktivite düzeyi artmaktadır. Uyarıcının devam etmesi halinde ikinci evre olan b) *direnç evresi* başlar. Bu evrede, alarm tepkileri ortadan kalkmakta ve organizma strese uyum sağlamaya çalışmaktadır. İtici uyarıcının devamlılığında organizma uyum sağlayamazsa üçüncü evre olan c) *tükenme evresine* geçer. Son evrede, strese uyum sağlamak için gösterdiği tepkiler işlevsel olmayınca geri döndürülemez şekilde organizmada yaşamsal hasarlar oluşmaya başlar hatta uyarıcının devamlılığında ölüm gerçekleşir (Selye, 1950). Selye ve hatta daha öncesinde Cannon (1914) tarafından ifade edilen “savaş ya da kaç tepkileri” ile stresi tanımlamaya çalışan bu yaklaşımların temel özelliğı stresi *tepki odaklı* olarak ele alıyor olmalarıdır. Tepki odaklı stres modeline göre ağrının ne kadar stres oluşturduğu, bireyin tepkileri gözlemlenerek

belirlenir. Örneğin; ağrının varlığında faaliyetlerin azalması, olumsuz duygudurum ya da iş hayatından çekilme gibi tepkiler ağrının yoğun bir stres yaşantısı olduğuna işaret etmektedir.

Strese ilişkin bir diğer yaklaşım, *uyaran odaklı* stres bakış açısıdır. Bu bakış açısında, bazı durumların kişilerin hayatında daha zorlayıcı olduğuna ve bu yaşam olaylarının ne sıklıkta gerçekleştiğine odaklanılmaktadır. Bu yaklaşımı temel alarak Holmes ve Rahe (1967) hazırladıkları stresli yaşam olayları skalasıyla, bireylerin bu olayları ne kadar sık yaşadıklarını tespit etmeyi hedeflemişlerdir. Örneğin; uyaran odaklı stres bakış açısına göre ağrı şikâyeti olan bir kişinin stres düzeyi belirlenirken ne kadar sık ve şiddetli ağrı yaşadığına odaklanılmaktadır. Ağrının çok sık ve şiddetli olması, ağrıyla ilgili stres yaşantısının yoğunluğuna işaret etmektedir.

Stresin, ilk tanımlamalarında sadece fizyolojik bir durum olarak ele alındığı görülmektedir. Sonraları bazı kuramcılar, stresi *biyolojik* bir durum olarak incelemeye devam ederken bazı kuramcılar *psikososyal* olarak incelemişlerdir (Everly ve Lating, 2002). Stres biyolojik olarak tanımlandığında, stres tepkileri de otomatik olarak değerlendirilmekte; bu tepkilerin oluşması açısından düşüncelere, duygulara ya da duruma ilişkin yapılan değerlendirmelere ihtiyaç olmadığı belirtilmektedir (Everly ve Lating, 2002). Psikososyal stres tanımında ise stres kaynağı bilişsel olarak değerlendirilerek zararsızdan sağlığı tehdit eden bir duruma kadar farklı şekillerde anlamlandırılmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Stresi sadece fiziksel bir durum olarak ele alan Genel Adaptasyon Sendromu, insanlar için neyin ne kadar stresli olduğunu anlamakta çok eksik kalmaktadır. Uyaran odaklı stres tanımı ise kişilerin hangi zorlu yaşam olaylarını yaşadıklarını anlamaya çalışırken bireyin biricikliğini tamamen gözardı etmektedir. Diğer bir deyişle zorlu yaşam olaylarına maruz kalan kişilerin ne yoğunlukta stres yaşayacağını belirleyen çok daha bireysel mekanizmalar bulunmaktadır. Hatta bazılarının olumsuz olarak değerlendirdiği bir durum, farklı kişiler tarafından olumlu olarak bile algılanabilir. Tepki ve uyaran odaklı stres tanımları varolan eksiklerine rağmen bugünkü yaklaşımlara önemli bir zemin hazırlamıştır. Söz edilen yaklaşımlar bir arada değerlendirildiğinde hem uyarana hem de uyaran karşısındaki tepkilere odaklanmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca iki

yaklaşımında da eksik kalan kavram, bireyin değerlendirmeleridir. İzleyen bölümde stres yaşantısının kişinin hem stres kaynağına hem de kendi tepkilerine ilişkin değerlendirmeleri aracılığıyla oluştuğuna odaklanan ve sağlık psikolojisinin önemli kuramlarından biri olan Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984) aktarılacaktır.

1.2.2. Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli

Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli'ne göre stres, kişilerin duruma ilişkin değerlendirmeleri ve bu duruma uyum sağlamak için kullandıkları başatma stratejileri tarafından belirlenmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Önce bir tepki, ardından bir uyarı olarak ele alınan stres kavramı son dönemde birey ve çevre arasındaki etkileşim (transaction) süreci olarak ele alınmaya başlanmıştır (Lazarus ve Folkman, 1984; Lazarus 1993). Bu süreç, bireyin çevreden aldığı taleple başlamakta; bu talep karşısında kaynaklarının yeterli olup olmadığının değerlendirilmesiyle belirlenmektedir. Dolayısıyla bu yaklaşımla herkes için geçerli olan bir stres durumundan bahsetmek zorlaşmakta; bireyin çevresiyle olan etkileşimi içinde yaptığı bilişsel değerlendirmelere göre stresin yoğunluğu, kişinin yaşadığı duygular ve ortaya çıkacak stres tepkileri belirlenmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli'nde önemli bir yeri olan değerlendirme süreci sonraki alt başlıkta ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

1.2.2.1. Değerlendirme süreci

Transaksiyonel (etkileşimsel) stres modeline göre kişinin hem stres kaynağına hem de kendi kaynaklarına ilişkin yaptığı değerlendirmeler, stresin oluşmasında ve sonuçlarında belirleyici bir rol oynamaktadır. Transaksiyonel yaklaşım, iki tür değerlendirme ile stresin belirlendiğine işaret etmektedir: *birincil değerlendirme* ve *ikincil değerlendirme*. Modele göre kişi, bir uyarı ile karşılaştığında öncelikle birincil değerlendirme sürecine girip nasıl bir durumla karşı karşıya olduğunu belirlemeye çalışmaktadır. Birincil değerlendirme sürecinde kişi, durumu zarar (kayıp), tehdit ya da pozitif mücadele (challenge) fırsatı şeklinde yorumlayabilir. Zarar (kayıp) değerlendirmesinde kişi, bir zarara uğradığını düşünmekte ve bunun sonucunda ne

kadar hasar gördüğünü belirlemeye çalışmaktadır. Tehdit değerlendirmesinde kişi, henüz bir zararla karşılaşmamış olsa da gelecekte oluşabilecek zararı düşünmektedir. Burada kişi, zarar değerlendirmesinden farklı olarak tehditle karşı karşıya olduğunu düşünmekle birlikte tehdit karşısında kendi başetme yöntemleri olduğunu da bilmektedir. Karşılaştığı durumu, pozitif mücadele fırsatı olarak değerlendiren kişi ise bu durumun üstesinden gelerek kazanç elde etme ve gelişim gösterme beklentisindedir. Ancak kişinin bu kazanç ve gelişim için başetme mekanizmalarını harekete geçirmesi gerekmektedir.

Birincil değerlendirme sürecinde kişinin karşı karşıya olduğu duruma yüklediği anlamlar, duruma ilişkin duygu ve davranışlarını belirlemektedir. Uyarana ilişkin yaptığı değerlendirmenin ardından nasıl bir durumda olduğunu anlamlandıran kişi, ardından kendisinin bu durum karşısında ne yapabileceğini araştırdığı *ikincil değerlendirme* sürecine geçer. Birincil değerlendirmede uyarana ilişkin değerlendirme yapan kişi, ikincil değerlendirmede hem içsel hem de dışsal kaynaklarını değerlendirerek bu durumla başedip edemeyeceğini sorgulamaktadır. Eğer birey bu uyarana karşısında zihinsel ve fiziksel başetme becerilerinin yeterli olmadığına karar verirse tam bir stres söz konusudur. Stres kaynağıyla başedebilmek açısından kendi kaynaklarına güvendiğinde ise oluşacak stres düzeyi azalacak ve hatta kişi tekrar birincil değerlendirme sürecine geçerek ilgili durumu daha farklı değerlendirme fırsatı da bulacaktır (Lazarus ve Folkman, 1984; Lazarus, 1999). *Yeniden değerlendirme* olarak adlandırılan bu süreç, kişinin kendi kaynaklarını taradıktan sonra duruma ilişkin yaptığı birincil değerlendirmenin ve stres düzeyinin de farklılaşmasına yol açmaktadır. Bu bilgiler ışığında Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli'ne göre bir stres kaynağı olan kronik ağrının oluşturacağı etki, kişinin ağrıya ve ağrıyla nasıl başedeceğine ilişkin yaptığı değerlendirmelere göre şekillenmektedir. İzleyen bölümde bir stres kaynağı olarak kronik ağrıyla ilgili bilgiler aktarılacaktır.

1.2.3. Bir Stres Türü Olarak Kronik Ağrı

Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli'ne göre her durum gibi ağrı da bir stres kaynağıdır. Kişiler ağrı yaşantısını da zarar/kayıp, tehdit ya da mücadele olarak değerlendirip anlamlandırmaktadır (Ramirez-Maestre vd., 2008). Kişinin hayatında

sınırlı süre bulunan stresörler (örn; sınav dönemleri, ameliyat sonrası istirahat dönemleri gibi) akut stres olarak ele alınırken; devam eden bazı durumlar ise daimî olarak kişi için zorlayıcı bir koşul oluşturduğundan kronik stres olarak tanımlanmaktadır. Akut ve kronik stres kaynakları en temelde süre açısından farklılaşmakla birlikte akut stres kaynaklarının aksine kronik stres durumları daimî olarak bir uyum (adaptasyon) gerektirmektedir (Lazarus, 1999; Matthieu ve Ivanoff, 2006).

Vücut için bir sinyal işlevi gören akut ağrıdan farklı olarak kronik ağrı, daimî bir stres kaynağı olmaktadır. Biyopsikososyal açıdan bakıldığında kronik ağrı, hastanın yaşantısını, günlük aktivitelerini, fiziksel ve zihinsel iyilik halini, sosyal ilişkilerini ve iş durumunu etkileyen bir durum olmakta ve tüm bunlar aynı zamanda kişinin ağrı şikayetlerini de arttırmaktadır (Duenas vd., 2016). Hastalar ağrılarından kurtulmak için yüksek miktarlarda ağrı kesici kullanmakta (zamana bağlı değil ağrıya bağlı ilaç kullanımı), cerrahi müdahalelere başvurmakta ve bu yöntemlere rağmen ağrı şikayetleri devam edebilmektedir. Tüm bu zorlayıcı süreç, hastaların ağrının varlığına uyum sağlamaktan uzaklaşıp “ağrıdan kurtulmaya” dönük beklentilerinin artmasına yol açtığında ağrıya bağlı ekonomik, psikolojik, sosyal yükler de gittikçe artmaktadır. Kronik ağrı sadece hastaların işlevselliklerini (hem fiziksel hem de sosyal) ve yaşam kalitelerini etkilemekle kalmamakta; aile sistemlerini, sosyal çevrelerini ve iş hayatlarını da etkilemektedir (Closs vd., 2009; Duenas vd., 2016; Ojeda vd., 2014). Diğer yandan sağlık giderleri kadar hastaların üretkenliklerindeki değişim, işe gidilmeyen gün sayısı, işten ayrılma gibi ekonomik sisteme olan katkılarının azalması da kronik ağrının ekonomik görüngülerini oluşturmaktadır (Dansie ve Turk, 2013; Langley vd., 2010). Tüm bu durumlar sebebiyle kronik ağrı, stresli bir yaşantı olarak kişileri, ailelerini ve sağlık sistemini zorlayan bir durum olmaktadır. Çeşitli hastalıklara eşlik eden bir sağlık sorunu olarak toplumun geniş bir bölümünü ilgilendiren kronik ağrı, özellikle belirli hastalık gruplarında karşımıza daha çok çıkmaktadır. İzleyen bölümde kronik ağrının en çok eşlik ettiği hastalıkların özellikleri aktarılacaktır.

1.2.4. Kronik Ağrının Eşlik Ettiği Hastalıklar

Kronik ağrı, pek çok hastalığa eşlik eden bir belirti olmakla birlikte çalışmaların sıklıkla romatoid artrit, osteoartrit, osteoporoz, fibromiyalji sendromu gibi romatizmal hastalıklar ya da baş ağrısı, bel ağrısı gibi spesifik ağrı gruplarında yürütüldüğü görülmektedir (Hamuryudan, 2007; Mas vd., 2008; Tuncer vd., 2012; Wolfe vd., 2016).

Kronik ağrının en sık eşlik ettiği hastalıklardan biri olan romatoid artrit (RA), birçok eklemi aynı anda etkilemesi sonucu eklemlerde şekil bozukluklarına sebep olan iltihaplı bir hastalıktır. İltihaplı bir hastalık olması sebebiyle salt eklem hastalığı olarak görülmemekte; zaman zaman hastalığa sistemik belirtiler ve önemli organ tutulmaları da eşlik etmektedir (Hamuryudan, 2007). Dünyanın her yerinde ve her toplumda karşılaşılan RA'nın prevalansı %0,5-1 arasında değişmektedir. Her yaşta karşılaşılan bir hastalık olan RA, en yaygın olarak 30-50 yaş aralığında bulunmakta ve kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Hamuryudan, 2007; Hunter vd., 2017; Tuncer vd., 2018). Ülkemizde RA epidemiyolojisiyle ilgili sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı tarafından İzmir Narlıdere ve Balçova bölgesinde 2835 kişiyle yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ülkemizde 20 yaş üstü RA tanısı alan kişilerin, genel toplum prevalansı %0,36 olarak hesaplanmıştır (Hamuryudan, 2007). Genetik ve çevresel faktörlerin bir arada rol oynadığı hastalık, hastalarının büyük çoğunluğunda (%70) sinsi şekilde birkaç haftada kendini belli etmektedir. Geleneksel tedavilerin amacı, ağrıyı dindirmek, eklem harabiyetini ve diğer komplikasyonları önlemek olsa da en son ilaçlar dahil olmak üzere biyomedikal tedavi tek başına hastaların tedaviden memnun olmalarını sağlamamaktadır. Bu sebeple ilaç tedavisi dışında hastalarının tedavi sürecine aktif katılımlarını ve ağrı yönetimini hedefleyen multidisipliner çalışmanın önemi gittikçe artmaktadır (Hamuryudan, 2007).

Kronik ağrının eşlik ettiği bir diğer romatizmal hastalık (RH) osteoartrittir (OA). OA, yaşla birlikte sıklığı artan ve yol açtığı sakatlıklarla kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan dejeneratif bir eklem hastalığıdır (Tuncer vd., 2012). Kıkırdak harabiyeti ve subkondral kemikte değişiklikler başta olmak üzere OA, tüm

eklem ve eklem çevresi dokuların etkilendiği bir organ hastalığıdır. Çeşitli eklemlerde ortaya çıkmakla birlikte özellikle diz, kalça gibi yük binen eklemler ya da omurga etkilendiğinde hastalığın sonuçları daha ağır olmaktadır (Tuncer vd., 2012). Ağırlıklı olarak 65 yaş üzerinde gözlenen hastalığın etiolojisinde genetik yatkınlık, travma, inflamasyon, biyokimyasal, metabolik ve çevresel etkenler gösterilmektedir (Bilgiç vd., 2007). En önemli şikâyetin ağrı olduğu OA, hastaların fiziksel ve sosyal işlevselliğini bozmakta; ağrı oluşacak beklentisiyle özellikle aktivitelerden kaçınan hastaların kaslarında oluşan güçsüzlük ile engellilik düzeyleri artmaktadır (Ay ve Evcik, 2008).

Kronik ağrı denildiğinde sıklıkla akla gelen fibromiyalji sendromu (FMS), en az üç aydır devam eden ağrıların tüm vücuda yayıldığı en yaygın görülen romatizmal hastalıktır (Wolfe vd., 2016). Ağrılara tutukluk, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon ve aksiyete başta olmak üzere çeşitli semptomların eşlik ettiği psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçları olan FMS'nin, kadınlarda görülme oranı erkeklerden daha fazladır (Kucukali-Türkyılmaz vd., 2012; Lawrence vd., 2008; Mas vd., 2008; Wolfe vd., 2016). Salt medikal tedavinin yeterli olmadığı bilinmekte olup fiziksel egzersiz, ilaç tedavisi ve psikolojik tedavileri içeren multidisipliner tedaviler önerilmektedir (Macfarlane vd., 2017).

Çoğu kişinin hayatının belirli zamanlarında yaşadığı bel ağrısı, toplumda en sık görülen ve engellilik düzeyi de en fazla olan ağrı türüdür (Chou ve Shekelle, 2010; Fransen vd., 2002). Toplumun tamamını ilgilendiren bir sağlık sorunu olan bel ağrısı, 30-60 yaş aralığında yaygın olmakta ve yaş arttıkça hastalığın oluşturduğu yük de artmaktadır (Meucci vd., 2015). Ülkemizde bel ağrısının yaygınlığıyla ilgili yapılan bir çalışmanın sonuçlarında, genel popülasyonda kadınlarda %17 erkeklerde %14 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Oksuz, 2006). Bel ağrısının kadınlarda daha sık görülmesinde hamilelik, ev işleri, çocuk taşıma gibi koşullar sebep olarak gösterilmektedir (Meucci vd., 2015).

Zaman zaman hekimleri ve yakınlarını da etkileyen toplumun hemen hepsinde görülen nörolojik bir belirti olan baş ağrısı, beyin tümörü gibi yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilgili olabileceği gibi çoğunlukla migren ve gerilim tipi baş ağrısı olarak

karşımıza çıkmaktadır (Jensen ve Stovner, 2008). Tüm dünyada görülme oranı çok yüksek olan migren, Dünya Sağlık Örgütü tarafından iş yapamamaya sebep olan hastalıklar arasında 19. sıraya yerleşmesine rağmen çoğunlukla bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmamaktadır. Yaşam kaliteleri büyük ölçüde etkilenen migren hastalarının büyük çoğunluğu tedavi için başvuruda bulunmamakta ve reçetesiz ilaçlarla tedavilerini sürdürmektedir. Sıklıkla migren ve gerilim tipi baş ağrısı bir arada görülmekle birlikte baş ağrısının % 47, migrenin %10, gerilim tipi baş ağrısının ise %38 yaygınlığında olduğu belirtilmektedir (Jensen ve Stovner, 2008). Klinik olarak tanı ve tedavisi toplumda görülme oranından daha az olan baş ağrısı, kronik ağrı hastalarının da önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Söz edilen bu ağrı türleri, kronik ağrının en sık görüldüğü hastalıklar arasında yer almakla birlikte kronik ağrı, pek çok hastalığa eşlik eden bir belirti olarak hemen hemen herkesi ilgilendiren bir sağlık sorunudur. Sözü geçen hastalıklar farklı özelliklere sahip olmakla birlikte ortak yönleri sadece medikal tedavilerin hasta memnuniyeti ve tedavi uyumu açısından yeterli olmamasıdır. Bu doğrultuda kronik ağrının eşlik ettiği tüm hastalıklar için ağrı yönetimini hedef alan multidisipliner yaklaşımlara ihtiyaç olmaktadır. Diğer yandan kronik ağrının nasıl ölçüleceği de üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. İzleyen bölümde bir stres türü olarak ağrının ölçümüyle ilgili bilgiler ve önemli noktalar üzerinde durulacaktır.

1.2.5. Stres Türü Olarak Kronik Ağrının Ölçümü

Yukarıda belli başlılarından söz edildiği gibi çeşitli hastalıklarda karşımıza çıkan ve önemli bir sağlık sorunu olan kronik ağrı, daimî bir stres kaynağıdır. Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli'ne (Lazarus ve Folkman, 1984) göre ağrının oluşturacağı stres düzeyi, kişilerin bireysel değerlendirmelerine göre şekillenmektedir. Bununla birlikte modelin uygulamadaki en önemli eksiklerinden biri stresi ölçmenin zorluğu olarak gösterilmektedir (Schwarzer ve Schulz, 2003). Transaksiyonel modele gelene kadar “tepki odaklı” stres yaklaşımında kişilerin tepkilerine bakılarak (Cannon, 1914; Selye, 1950), “uyaran odaklı” stres yaklaşımında ise yaşanan olayların sıklığı kaydedilerek (Holmes ve Rahe, 1967) stres düzeyinin belirlendiği görülmektedir.

Transaksiyonel modele göre ise stres düzeyini belirlemede olayın sıklığı (meydana gelme sayısı) ve şiddeti (kişide oluşturduğu etki diğer bir deyişle rahatsızlık düzeyi) birlikte ele alınmalıdır. Çünkü bazı hastalar çok şiddetli olmasa da çok sık ağrı yaşamakta ya da yaşadıkları ağrıdan daha fazla rahatsızlık duymaktadır. Bu sebeple, ağrının etkisi (stres düzeyi) incelenirken değerlendirilmesi önerilen bir diğer özellik “sıklık” olmaktadır (Salamon vd., 2014). Özetle Transaksiyonel Model, tepki ve uyarının etkileşimine ve değerlendirmesine dayalı bir model önermektedir. Bu doğrultuda, ağrı yaşantısının oluşturduğu stres düzeyini değerlendirmede, ağrı şiddetinden bağımsız olarak “ağrı sıklığı” ve “oluşturduğu rahatsızlık” düzeyinin bir çarpım olarak ele alınması önerilmektedir.

Ağrının bir stres olarak değerlendirilmesinde ağrıyla ilgili olarak ele alınması gereken temel özellik “ağrı şiddeti” olmaktadır (Booker ve Herr, 2016). Kişilerin bireysel, demografik, hastalık türü gibi özelliklerden etkilenmesine rağmen ağrı şiddetini tespit etmenin en iyi yolu öz bildirime (self-report) dayalı değerlendirmedir (Booker ve Herr, 2016; Salamon vd., 2014). Kronik ağrı literatüründe ağrıyı değerlendirmede kullanılan yöntem, çoğunlukla sadece ağrı şiddetini ölçmeye dayanmaktadır. Tüm dünyada en yaygın ölçüm yöntemi olarak Görsel Analog Skalası (Bryant, 1993) kullanılmaktadır. Bu skalada kişilerin 0 ile 10 arasında son bir haftada yaşadıkları ağrının şiddetini değerlendirmeleri istenmektedir. Tek bir zamanı değil de bir haftalık süreci içerecek şekilde ölçüm almak, kişinin yaşadığı ortalama ağrı şiddetini belirlemek açısından daha işlevsel olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan son bir haftayı değerlendirerek geçmişe dayalı ölçüm almanın bir eksiği hatırlamaya dayalı hataları barındırmasıdır.

Literatürde yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Skalası (Bryant, 1993), kişilerin ortalama ağrı şiddetlerine ilişkin bilgi vermektedir. Ancak duyuşsal ve duygusal bir yaşantı olan ağrıyı tek maddeyle ve sadece şiddet (duyuşsal) olarak değerlendirmenin yeterli olmadığına ilişkin bilgiler birikmektedir (Fillingim vd., 2016; Puntillo ve Naidu, 2018; Salaffi vd., 2015). Sadece ağrı şiddetine odaklanmak, ağrının oluşturacağı stres düzeyini (diğer bir deyişle etkiyi) değerlendirmekte eksik kalmaktadır. Bu doğrultuda kişinin ağrısına ilişkin yaşadığı rahatsızlık durumunu ya

da acıyı ölçmek, ağrının duygusal bileşenine ilişkin bir ölçüm sağladığından kronik ağrıyı değerlendirmede gerekli görülmektedir (Fillingim vd., 2016).

Ağrının oluşturduğu stresi ölçmede varolan eksikler ve tüm bu öneriler doğrultusunda ağrıyı değerlendirmek amacıyla yeni yöntemlere ihtiyaç olduğu ön plana çıkmaktadır. Çok şiddetli olmasa da çok sık ağrı yaşamak ve bu ağrıdan duyulan rahatsızlık düzeyinin bir çarpım olarak hesaplanması, Transaksiyonel Stres ve Başačkıkma Modeli'nin önerilerine uygun düşmektedir. Diğer yandan don bir haftalık ağrı şiddetiyle birlikte görüşmenin yapıldığı zamanki ağrı şiddetinin de ölçülmesi, hatırlamaya bağlı hataların engellenmesi için önemli gözükmemektedir. Son olarak ağrının duygusal boyutunu içerecek şekilde kişinin ağrıdan duyduğu rahatsızlığın değerlendirilmesinin de daha kapsamlı bir yaklaşım sunacağı düşünülmektedir.

Türkçe'ye uyarlaması Altın-Cetin ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış olan ve bu çalışmada ağrının etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri'nin "ağrı şiddeti" alt boyutu içerdiği üç soruyla kişilerin ağrı şiddetlerini çok boyutlu olarak değerlendirmektedir. "Şuanki ağrınızı ölçekte belirtiniz", "geçen haftadan beri ağrılarınız ne kadar şiddetli" ve "ağrınızdan dolayı ne kadar acı çekiyorsunuz" sorularıyla hem görüşme sırasındaki hem de son bir haftalık ortalama ağrı şiddetini (duyusal) ve ağrıdan duyulan acıyı ölçmektedir. Çok boyutlu ağrı şiddeti olarak adlandırılan bu ölçüm ağrının duyusal ve duygusal olarak ölçümüne ilişkin bir yöntem sunmaktadır. Diğer yandan ağrıyı değerlendirirken şiddet dışında "ağrı sıklığı" ve "rahatsızlık düzeyi" de gerekli görülmektedir. GAS ise literatürde en yaygın kullanılan ağrı değerlendirme ölçümü olarak diğer ölçüm yöntemleriyle benzerlik ve farklılıklarını karşılaştırmak amacıyla ele alınmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada ağrı stresini ölçmede "ağrı şiddeti (GAS ile ölçülen)", "çok boyutlu ağrı şiddeti" ve "ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi" olmak üzere üç yöntem kullanılmakta ve ağrının değerlendirilmesinde yeni yaklaşımların sınanması hedeflenmektedir.

Çeşitli hastalıklara eşlik eden kronik ağrı bir stres kaynağı olarak kişilerin sağlıklarını tehdit etmekte ve bir uyum gerektirmektedir. Lazarus ve Folkman (1984) tarafından kuramsallaştırılan Transaksiyonel Stres ve Başačkıkma Modeli, kişilerin

ağrıya verdikleri tepkide rol oynayan iki karmaşık sürece vurgu yapmaktadır: “birincil değerlendirme” ve “ikincil değerlendirme”. Ağrı stresine ilişkin alınan ölçümler stres kaynağına ilişkin diğer bir değişle birincil değerlendirmelere karşılık gelmekte ve bu çalışmada üç farklı yöntemle bu değerlendirme süreci ele alınmaktadır. Diğer yandan ikincil değerlendirme süreci, ağrıya uyumda kullanılan yöntemlere diğer bir deyişle başetme stratejilerine vurgu yapmaktadır. İzleyen bölümde öncelikle genel olarak başetme kavramı aktarılacak, ardından ağrıyla başetme stratejileri detaylandırılacaktır.

1.3. BAŞETME

Başetme kavramı, uzun yıllardır insan hayatının önemli bir parçasını oluşturmakla birlikte bilimsel olarak ele alınıp incelenmeye başlaması özellikle 1960lı ve 1970li yıllarda strese odaklı çalışmaların artmasıyla olmuştur (Lazarus, 1993). Stresli yaşam koşullarına uyum sağlamakta kritik öneme sahip olan başetme kavramına ilişkin iki temel yaklaşım bulunmaktadır: başetme stilleri (style) ve başetme süreçleri (process). Başetmenin bir stil olduğuna odaklanan yaklaşım, kişilerin farklı stres durumları karşısında sabit bir başetme tarzı olduğuna odaklanmaktadır. Diğer bir deyişle başetme stilleri başetmeyi bir kişilik boyutu olarak ele almakta; birey ve çevre arasındaki etkileşime odaklanmayıp, kişilerin farklı durumlarla başetmek için aynı yöntemleri kullandıklarına odaklanmaktadır (Carver vd., 1989; McCrea ve Costa, 1986; Miller, 1987). Başetmeyi bir süreç olarak değerlendiren yaklaşım ise stresi yönetmek için geliştirilen çabaların zamana ve duruma göre değişebileceğini ileri sürmektedir (Lazarus, 1993). Başetme kavramını daha iyi anlayabilmek adına öncelikle bu iki yaklaşımı biraz daha detaylı inceleyelim.

1.3.1. Başetme Stilleri

Başetmeyi genel bir kişilik özelliği olarak ele alan yaklaşımın teorik temellerinde ilk olarak karşımıza psikoanalitik teori ve ego savunma mekanizmaları çıkmaktadır. Freud’un psikoseksüel gelişim süreçlerine ilişkin teorisinden temellenen *savunma (defensive)* kavramı, her gelişim evresinin kendine özgü çatışmalarından ve çocuğun bu evrelerdeki bilişsel özelliklerinin savunma tarzını şekillendirdiğinden söz etmektedir. Freud’un bu formülasyonuna göre, bazı yazarlar başetme tarzlarına ilişkin

hiyerarşik bir sınıflandırma yapmışlardır (Menninger, 1954; Haan, 1969). Savunma derecelerine göre sınıflandırılan bu başetme tarzı, görece daha az savunmacı (yani daha sağlıklı) başetme tarzından baskın savunmacı (daha sağlıksız) başetme tarzına kadar bir kategori oluşturmaktadır. Başetmeyi bir kişilik özelliği diğer bir değişle doğuştan gelen (dispositional) ve değiştirilemez bir özellik olarak ele alan yaklaşımda, başetme iki uçlu bir durumdur. Bu iki uçlu yapı farklı kuramcılar tarafından bastırıcılar-duyarlılaştırıcılar (repressers-sensitizers) (Byrne vd., 1968), tarayıcılar-körleştiriciler (monitoring-blunting) (Miller, 1980; 1987) ya da odaklananlar-inkâr edenler (Mullen ve Suls, 1982) gibi farklı kavramlarla açıklanmıştır.

Basetmeyi bir stil olarak ele alan yaklaşıma göre kişiler, bir stres kaynağıyla karşılaştıklarında kendi başetme doğalarına göre bir başetme tepkisi vermektedir. Sağlık psikolojisinde özellikle *tarayıcılar* ve *körleştiriciler* (Miller, 1980; 1987) olarak kavramsallaştırılan başetme stilleri, sağlık problemleri karşısında hangi bilgi işleme süreçlerine geçildiğinin incelenmesi açısından önemli olmaktadır. Bu yaklaşıma göre stres kaynağıyla karşılaşan kişilerden tarayıcı olanlar, dikkatlerini yoğunlaştırıp daha ayrıntılı bilgi arama sürecine girerler. Aksine körleştiriciler ise stresli olabilecek bir duruma ilişkin yaptıkları bilişsel işlemlerle (inkâr etme, dikkati dağıtma, yeniden yorumlama gibi) uyarım düzeylerini azaltabilirler. Bu yaklaşımın temel vurgusu, tarayıcılar ve körleştiricilerin farklı stres kaynakları karşısında uyumsal olabilecekleridir. Örneğin; hastalık tanısı alan bir kişinin tarayıcı başetme tarzında olması yeni bilgileri keşfetmesine ve hastalığıyla ilgili yeni yöntemler kullanmasına yardımcı olabilmektedir. Ancak ileri evre kanser hastalığı olan birinin sağlığının kötü gittiğine dair bilgileri toplamak yerine kontrol edemeyeceği bu durumları görmezden gelmesinin yani körleştirici tarzda olmasının daha uyumlu bir yöntem olduğu düşünülebilir. Kontrol edilebilir stres durumlarında, tarayıcı başetme tarzında olan kişiler, başlangıçta stres düzeyleri artsa da “bilgi arama, gerekli önlemleri alma” gibi çözüme dönük yöntemler kullanabilirler. Böylece uzun vadede stres düzeyleri azalan kişiler zamanla durumun kontrolünü kazanma fırsatı da bulabilirler. Kontrol edilemeyen durumlar için ise tarayıcı başetme tarzının stres kaynağının devamlılığıyla birlikte uyumu bozması beklenmektedir (Miller, 1980; 1987). Basetmeyi doğuştan gelen ve değiştirilemeyen bir kavram olarak ele alan yaklaşımın aksine başetme

süreçleri yaklaşımı, kişilerin farklı durumlarda farklı başetme stratejileri kullanabileceklerine odaklanmaktadır.

1.3.2. Başetme Süreçleri

1970li yılların sonunda ön plana çıkan süreç modeline göre başetme kavramına ilişkin yeni bir tanımlama getirilmiştir. Bu modele göre başetme kavramı “kişinin, kaynaklarını tehdit eden iç ya da dış taleplerin üstesinden gelmek için sergilediği, sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984; s.141). Başetme kavramını bir stil olarak diğer bir deyişle genel bir kişilik özelliği olarak ele alan yaklaşımdan farklı olarak başetme süreçleri yaklaşımı, kişilerin farklı stresörler karşısında başetme stratejilerinin de farklılaştığına odaklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre bazı başetme stratejilerinin daha iyi ya da daha kötü olabileceği düşünülmekle birlikte evrensel olarak iyi ya da kötü başetme süreçlerinden söz etmek zorlaşmaktadır (Lazarus, 1993). Örneğin; psikoanalitik bakış açısına göre işlevsiz olduğu vurgulanan ve patolojik olarak kabul edilen “*inkâr*” yöntemi, bazı durumlar için işlevsel ve uyuma dönük bir yöntem olabilir (Lazarus, 1993). Örneğin; kişi akut bir hastalık sinyaliyle karşılaştığında bu duruma ilişkin yardım almasını geciktirmek açısından inkâr işlevsel olmazken; kronikleşmiş bir hastalık durumunda (örn; kronik ağrı sendromları) kişilerin ağrı sinyallerini inkâr etmesi uyuma dönük bir strateji olabilir. Kişilerin kullandığı başetme süreçlerinin ve sonuçlarının kültürlerarası farklılaşabileceği de bazı çalışmalarda incelenip gösterilmiştir (Ferreira-Valente vd., 2011). Tam da bu sebeple Lazarus (1993), başetme süreçleri ile sağlık sonuçlarının birbirinden bağımsız olarak ölçülmesini ve incelenmesini önermektedir.

Başetmeyi bir süreç olarak -duruma bağlı- değerlendiren yaklaşıma göre kişinin sergileyeceği bilişsel ve davranışsal çabalar, kişinin içinde bulunduğu duruma ilişkin değerlendirmeleriyle şekillenmektedir. Bu doğrultuda başetme süreçlerinin *duygu-odaklı* ve *problem-odaklı* olmak üzere iki temel amaca hizmet ettiği belirtilmektedir. Başetme sürecinin problem-odaklı işlevi, bireyin kendisinde ya da çevresinde gerçekleştirdiği değişimle çevre-birey etkileşimdeki sorunu çözmeyi hedeflemektedir. Başetmenin duygu-odaklı işlevinde ise kişi, stresli çevresel koşulları

değiştirmenin bir yolunu bulur ya da değiştirilemeyen bir durumda duygularını yatıştırmanın yollarını arar. Problem-odaklı işlevde birey ve evre arasındaki ilişkide bir değişim söz konusuyken; duygu-odaklı işlevde ise kişinin kendi dikkat odağı ve anlamlandırmaları aracılığıyla i dünyasında bir değişim olmaktadır. Özetle; problem-odaklı yöntemler, strese yol açan problemin ele alınmasını amaçlarken; duygu-odaklı yöntemler ise stresin yarattığı duygusal tepkilerin düzenlenmesini amaçlamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Lazarus (1993), özellikle batı kültürlerinde problemin çözümüne odaklanmanın duyguları yatıştıracak yöntemlerden daha istendik olduğunu vurgulamaktadır. Böylece özellikle değiştirilemeyen/kontrol edilemeyen durumlarda, kişilerin başetmenin salt problem-odaklı işlevine odaklanmaları uyumdan uzaklaşmalarına yol açabilir. Diğer yandan pratikte problem ve duygu odaklı işlevleri birbirinden bağımsız düşünmek ve ayırmak zordur. Örneğin; problem çözüldüğünde duygusal olarak da yatışmış olan kişi, duyguları yatıştığında problemin çözümü açısından da daha farklı yöntemler denemeye cesaret edebilir.

Başetme stilleri ve başetme süreçleri olarak yapılan bu ayırım, hem araştırmacılar hem de klinisyenler açısından farklı hedefler oluşturmaktadır. Başetmeyi bir kişilik özelliği olarak ele alan yaklaşıma göre hedef, kişilerin kendi başetme yönelimlerine göre hangi durumlarda daha yoğun stres yaşayacağını önceden belirlemektir. Böylece kişinin sağlığını korumaya dönük önleyici sağlık hizmetlerine odaklanılmaktadır. Başetme bir süreç olarak ele alındığında ise kişilerin pek çok başetme stratejisini kullanabileceği üzerinde durulmakta ancak bu stratejileri kullanmalarını belirleyen değişkenlere (başetme etkinliği, özetkinlik, duygusal tepkiler vs.) odaklanmak gerekmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Bu yaklaşımda hedef, kişilerin etkili başetme stratejileri kullanmalarını arttırmaktır. Diğer yandan kişilerin kullandıkları başetme stratejilerinin hangi sağlık sonucu açısından işlevsel olup olmadığının da incelenmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada başetme kavramının, kronik ağrının oluşturduğu stres ve ağrıyla ilgili fiziksel sonuçlar arasındaki ilişki açısından incelenmesi hedeflenmektedir. Bu sebeple izleyen bölümde kronik ağrıyla başetmeye ilişkin bilgiler aktarılacaktır.

1.3.3. Kronik Ağrıyla Başetme Yöntemleri

Ağrı yönetiminde kişilerin sergilediği bilişsel ve davranışsal tepkiler; ağrı şiddetini, fiziksel işlevselliği ve psikolojik uyumu etkilemektedir. “Ağrıyla başetme” olarak ele alınan bu tepkiler, kişilerin ağrılarını dayanılır kılmak ve yönetebilmek amacıyla gösterdikleri çabalar olarak tanımlanmaktadır (Jensen vd., 1995). Ağrıyla başetmeyle ilgili en geleneksel ayırım, aktif ve pasif başetme olarak yapılmaktadır (Brown ve Nicassio, 1987). Aktif başetme stratejileri kişilerin ağrılarını kontrol edebilmek, işlevselliklerini sürdürebilmek, ağrı şiddetlerini azaltabilmek açısından kullandıkları yöntemlerdir. Pasif başetme stratejileri ise kişilerin aktif çaba sergilemedikleri durumlardır. Aktif başetme stratejileri “olumlu kendilik ifadelerini kullanmak (self statement)”, “ağrıyı dönüştürmek”, “ağrıdan uzaklaşmak” gibi yöntemleri içerirken; pasif başetme stratejileri “endişe”, “geri çekilme”, “kaçınma”, “olumsuz kendilik ifadelerini kullanmak” gibi yöntemleri içermektedir. Tüm bu stratejiler, bilişsel ya da davranışsal olabilir. Diğer yandan kullanılan yöntemler, kısa ve uzun dönemli sonuçlarına, kişilerin psikolojik ve fiziksel işlevselliklerine olan etkilerine göre uyuma dönük ya da uyumdan uzak olabilirler (Ferreira-Valente vd., 2011; Kraaimaat ve Evers, 2003; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011; Taylor vd., 2017).

Yetişkin ağrı hastalarıyla yapılan çalışmalar, fiziksel işlevsellikte düşme, ağrı şiddetinde ve psikolojik strese artma gibi olumsuz sağlık sonuçları ile pasif başetme stratejilerinin (örn; geri çekilme, kaçınma, endişe, felaketleştirme, dinlenme) ilişkisine vurgu yapmaktadır (Ferreira-Valente vd., 2011; Lopez-Martinez vd., 2008; Osborne vd., 2007; Riddle vd., 2018; Tennen vd., 2006). Bu çalışmaların sonuçları, özellikle ağrıyla pasif başetme stratejilerinin kullanımının artmasıyla olumsuz sağlık sonuçlarının da arttığına dikkat çekmektedir. Diğer yandan pek çok yazar, ağrıyla başetmede aktif stratejiler kullanmanın ağrı sonuçları açısından işlevsel olduğunu vurgulasa da aktif başetme yöntemlerinin, pasif yöntemlere kıyasla bağlama daha duyarlı olduğu bilinmektedir (Ferreira-Valente vd., 2014; Riddle vd., 2018). Konuyla ilgili önemli bir nokta, sonraki bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınacağı gibi ağrıyla başetme stratejileri ile özellikle ağrıya bağlı engellilik, duygusal stres düzeyi gibi olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Özellikle olumsuz sağlık

sonuçları açısından pasif stratejileri kullanmanın riskine işaret eden çalışmalar olmakla birlikte aktif stratejilerinin hangi sağlık sonuçları açısından işlevsel olduğunu inceleyen daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Kronik ağrının hastaların yaşamlarına olan etkilerinde özellikle pasif stratejilerin riskli aktif stratejilerin ise görece daha koruyucu olabileceğine ilişkin bulgular olmakla birlikte bu yöntemlerin kullanılma düzeyleri kişiler arasında farklılık göstermektedir. Ağrıyla başetmede kullanılan aktif ve pasif stratejilerin ağrıya bağlı olumlu ve olumsuz sağlık sonuçları açısından nasıl rol oynadığını keşfetmek kadar bu başetme stratejilerini etkileme potansiyeli olan değişkenleri keşfetmek de önem taşımaktadır. Yukarıda söz edildiği gibi ağrı stresine ilişkin değerlendirmeler, ağrıyla başetmede kullanılan yöntemler açısından önemli bir değişkendir. Literatürde hem ağrı sonuçlarıyla hem de ağrıyla başetme stratejileriyle ilişkisi vurgulanan bir kavram da özetkinliktir. Özetkinlik, ağrıya bağlı sonuçları doğrudan ve ağrıyla başetme stratejileri aracılığıyla dolaylı olarak etkileme potansiyeline sahiptir (Eccleston vd., 2013; Jackson vd., 2014; Morley, 2011). Bu doğrultuda izleyen bölümde bu çalışmada hem ağrı sonuçları hem de ağrıyla başetme stratejileri açısından rolünün incelenmesi hedeflenen özetkinlik önce tanımlanacak ve ardından özetkinliğin ağrıyla başetme yöntemleri açısından önemi ele alınacaktır.

1.4. ÖZETKİNLİK

Sağlık psikolojisinin pek çok kuramına dahil edilmiş bir kavram olan özetkinlik, kökenlerini sosyal öğrenme (sosyal-bilişsel) kuramından almaktadır. Pek çok sağlık kuramı (Sağlık İnanç Modeli, Planlanmış Eylem Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi) tarafından sağlık davranışlarını uygulama, geliştirme ve sürdürme açısından özetkinliğin önemi vurgulanmaktadır. Bir davranışı gerçekleştirmekte pek çok faktör (fiziksel özellikler, geçmiş öğrenmeler, davranışın ilgili çevredeki yaygınlığı vs.) belirleyici olmakla birlikte özetkinlik kişilerin nasıl düşüneceklerini, hissedeceklerini ve kendilerini nasıl motive edeceklerini etkilerken davranış için önemli bir faktör olmaktadır (Zlatonovic, 2016).

Sosyal öğrenme kuramına göre kişilerin eylemlerinde (bilişsel ya da davranışsal) ortaya çıkan değişimler, bilişsel mekanizmalar tarafından şekillenmektedir (Bandura, 1977). Özetkinlik, zorlu yaşam koşullarıyla ve engellerle karşılaşan kişilerin hangi davranışsal ve bilişsel aktiviteleri seçeceklerini ve bu durumları aşmak için ne kadar direnebileceklerini etkilemektedir (Bandura ve Adams, 1977). Özetkinlik ya da bir diğer kullanımı ile özyeterlik kavramı, kişilerin istenilen sonuca ulaşmak için gerekli olan eylemleri yerine getirmesi konusunda kendilerine olan inançlarını ifade etmektedir (Bandura, 1989). Bu şekliyle özetkinlik, kişinin ne kadar yetenekli olduğuna değil belirli bir durum/eylemi gerçekleştirmekte kendine ne kadar güvendiğine karşılık gelmektedir. Kendini değerlendirmeye ve kendini ikna etmeye (motive etmeye) dayalı bilişsel bir süreç (işleme) olan özetkinlik, çeşitli bilgi kaynakları tarafından oluşturulmakta ve sürdürülmektedir (Bandura ve Adams, 1977; Bandura vd., 1997). Özellikle dört yöntem özetkinliğin gelişmesinde etkili görülmektedir:

Kişisel başarı deneyimleri: Kişinin eskiden gerçekleştirdiği başarılar, sonraki durumlarda da aynı eylemleri gerçekleştirebileceğine ilişkin inançlarını güçlendirmektedir.

Gözlemleyerek öğrenme: Sosyal öğrenme modeli tarafından vurgulanan bir kavram olan “gözlemleyerek öğrenme”, öğrenmenin sadece kişilerin kendi deneyimleri aracılığıyla değil diğerlerinin eylemlerini izleyerek de gerçekleştirebileceğine vurgu yapmaktadır. Bu sebeple başkalarının hedeflerine ulaşmak için sergiledikleri eylemleri gözlemlemek de özetkinliği geliştirebilir.

Sözel ikna etme: Özetkinlik, kişinin kendini gözlemlemesi ve ikna etmesine dayalı bilişsel bir işleme sürecidir. Bu süreçte, kendini sözel olarak ikna etme (karşılaştığı durum karşısında engelleri aşabileceğine dair sözel ifadeler), kişinin özetkinliğini güçlendirerek durum karşısında hedeflenen eylemi yapmaya devam etmesini sağlayabilir.

Psikolojik iyilik hali: Kişiler kendi duygusal ve psikolojik iyilik hallerine göre karşılaştıkları durumlardaki endişe hallerini değerlendirmekte ve strese karşı

duyarlılıkları ve kendi becerilerine dair inançları da farklılaşmaktadır. Bu sebeple psikolojik iyilik hali de özetkinliğin gelişmesine etki edebilir.

Söz edilen bu dört yöntem aracılığıyla gelişebileceği belirtilen özetkinliğin *genel özetkinlik* ve *göreve özgü özetkinlik* olarak iki şekilde ele alındığı görülmektedir. Kavramın geliştiricisi olan Bandura, özetkinliği öncelikle duruma özgü olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle, belirli bir eylemi gerçekleştirmeye ilişkin belirleyicinin "göreve özgü özetkinlik" olduğunu belirtmiştir. Bu tanımda kişilerin özetkinlik düzeylerinin farklı durumsal özelliklere, dışsal taleplere ya da ilgili eylemin gerekliliklerine göre değişebileceği vurgulanmaktadır (Bandura vd., 1997). İnançların içinde bulunulan duruma göre değiştiğini belirten bu tanımlamada, özetkinlik genel bir karakter özelliği olarak ele alınmamaktadır. İlgili davranış açısından asıl belirleyicinin kişinin o duruma ilişkin özetkinliği olduğunun altı çizilmektedir. Diğer yandan Bandura tarafından yapılan bu ilk tanımlamanın ardından özetkinliğin bir kişilik özelliği olarak görüldüğü ve herhangi bir davranışta bulunmak açısından genel özetkinliğin de belirleyici olduğunu destekleyen çalışmalar vardır (Harrison vd., 1996; Scherbaum vd., 2006). Bu çalışmalarda temel vurgu, özetkinliğin genel bir durum olduğu ve koşullar değişse de benzer olacağıdır.

Bandura ve arkadaşları (1997) özetkinliği yüksek olan kişilerin bir eylemi gerçekleştirmekte başarısız olduklarında bu durumu kendileriyle değil yöntemle ilişkili gördüklerine ve eylemde başarılı olabilmek için yeni yöntem arayışlarına girdiklerine işaret etmektedir. Bu doğrultuda eski bir eylemin bırakılması, yeni bir eylemin kazanılması ya da varolan bir eylemin sürdürülmesi gibi davranışla ilgili tüm aşamalarda özetkinlik merkezi bir role sahiptir. Dahası, özetkinlik kişilerin duygu ve düşünceleri kadar bir görevi tamamlamakta ne kadar çaba sarf edecekleri ve bir engelle karşı karşıya kalmaya ne kadar direnebileceklerini de etkilemektedir (Bandura, 1977; 1986; 1989). Özetkinlik ile sağlık davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen güncel bir derlemede; özetkinliğin bilişsel, duygusal, motivasyonel ve karar alma süreçleri aracılığıyla insan davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Zlatonovic, 2016). Bu süreçlere bakıldığında özetkinlik kişilerin a) stres kaynakları karşısında nasıl düşüneceklerini (iyimser ya da kötümser) ve hangi yöntemleri seçeceklerini, b)

kullanacakları başetme yöntemlerini ve engellere rağmen bu yöntemleri sürdürüp sürdüremeyeceklerini, c) zorluklarla karşılaştıklarında kendilerini motive edip edemeyeceklerini, d) duygusal iyilik hallerini ve stresli durumlara karşı olan hassasiyet düzeylerini ve e) yaşamdaki önemli noktalarda karar verme şekillerini etkilemektedir.

Bandura (1989), özetkinliğin sağlık davranışları ve stresin azalmasında önemine işaret etmektedir. Özetkinliği yüksek olan kişilerin, bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında hastalığın getirdiği sorunlardan kaçınmak yerine daha etkili başetme yöntemleri kullandıklarına vurgu yapılmaktadır (Trouillet vd., 2009). Bu doğrultuda özellikle olumlu sağlık davranışları açısından özetkinliğin rolü daha fazla gün yüzüne çıkmaktadır. Gerçekten de pek çok sağlık davranışını (stres yönetimi, egzersiz yapma, sigarayı bırakma, beslenme ve kilo kontrolü, riskli cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem alma, kendi kendine meme muayenesi gibi sağlığı geliştirme davranışları vb.) sürdürmekte özetkinlik kritik bir role sahiptir (Armitage ve Conner, 2000). Genel olarak sağlık davranışları açısından bakıldığında özetkinliği daha yüksek olan kişiler, sağlıklarını geliştirebilmekte ve ağrılarını da daha iyi yönetebilmektedir (Zlatonovic, 2016). Bu doğrultuda ağrı yönetiminde kullanılan başetme yöntemleri açısından genel özetkinlikle birlikte özellikle *göreve özgü* olan ağrıya özgü özetkinliğin de incelenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. İzleyen bölümde ağrıya özgü özetkinlik daha ayrıntılı ele alınacaktır.

1.4.1. Ağrıya Özgü Özetkinlik

Kronik ağrı yönetiminde özetkinliğin etkisini inceleyen ilk çalışmalar, kişilerin ağrıları üzerindeki kontrol algılarına ve spesifik bazı eylemleri devam ettirip ettiremeyeceklerine dair inançlarına odaklanmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarında ağrılarını kontrol edebileceğine dair inançları fazla olan kişilerin ağrı toleranslarının ve performans düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Damsgard vd., 2010). Ancak Bandura (1989), özetkinliği kavramsallaştırırken özellikle engellerle/zorluklarla karşılaşıldığında kişilerin kendi becerilerine ve bu engelleri aşabileceğine dair inançlarına vurgu yapmıştır. Önceleri yapılan çalışmalarda, kişilerin karşılaşılan engelleri aşmaya dair inançlarına odaklanılmamaktadır. Sonrasında

özetkinlik ve başetme arasındaki ilişkiye vurgu yapılarak ağrıya özgü özetkinlik tanımlanmıştır (Nicholas, 2007). Diğer bir değişle bu yeni kavramsallaştırmada ağrının varlığı ve şiddeti bir zorluk/engel olarak ele alınmış ve kişilerin bu zorluğu/engeli aşamaya dair inançları önem kazanmıştır. Kronik ağrı hastaları özelinde ağrıya rağmen belirli eylemleri (günlük yaşam ve iş durumları başta olmak üzere) devam ettirmek için bu inançların rolüne odaklanılması önerilmiştir (Nicholas, 2007).

Ağrıya özgü özetkinlik, bazen Bandura'nın vurguladığı gibi tek maddeyle (örn; ağrıyla baş edebileceğime inanıyorum) bazen de birkaç alt maddeyi (belirli görevleri sürdürebileceğime inanıyorum, ağrımı kontrol edebileceğime inanıyorum, ağrımı tolere edebileceğime inanıyorum) içeren skalalarla ölçülmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda özetkinliğin belirlenmesi açısından kişilerin *ağrılarına rağmen* (özetkinlik modelindeki engeller) kendi yapabileceklerine olan inançları değerlendirilmektedir (Nicholas, 1989; 2007). Bu tanımlamada, kişilerin özellikle ağrıyı geri planda bırakıp bırakamadıklarına (take into account) odaklanılmaktadır. Özetle, önceleri kişilerin belirli yöntemleri kullanarak ağrıları üzerinde kontrol sahibi olabilecekleri olarak ele alınan ağrı özetkinlik, sonradan engellere ve bu engellerin aşılabilmesine odaklı olarak yeniden kavramsallaştırılmıştır (Turner vd., 2005). Bandura'nın kişilerin engellerle karşılaştığında bu engelleri aşabileceğine dair inançlarına ilişkin vurgusu, kronik ağrı bağlamında düşünüldüğünde kişilerin ağrılarına rağmen kendi yapabileceklerine olan inançlarına karşılık gelmektedir (Nicholas, 1989; 2007). Kronik ağrı hastaları için hem genel hem de ağrıya özgü özetkinlik zorlayıcı davranışları devam ettirmekte rol oynamaktadır. Ağrıya uyum sağlarken hastaların fiziksel faaliyetlerine devam etmelerinde ve ağrının yaşamlarına olan etkilerinde özetkinlik açıklayıcı olabilir. Bu doğrultuda özetkinliğin ağrıya bağlı fiziksel sonuçlar üzerinde doğrudan ve dolaylı (başetme stratejileri aracılığıyla) etkileri de bu çalışmanın hedefleri arasındadır. Bu aşamaya kadar sunulan tüm bu bilgiler ışığında bir sonraki bölümde ağrı yönetiminde özetkinlik, ağrıyla başetme stratejileri ve ağrıyla ilgili sonuç değişkenler arasındaki ilişkilere dair araştırma bulguları detaylı olarak aktarılacaktır. Ancak öncesinde söz konusu ilişkileri etkileyebilecek değişkenlerden kısaca bahsedilecektir.

1.5. AĞRIYLA İLİŞKİLİ DİĞER DEĞİŞKENLER

Kronik ağrının oluşturduğu stres, ağrıya bağlı fiziksel sağlık sonuçları, ağrıyla başetme stratejileri ve özetkinlik arasındaki ilişkileri değerlendirirken bazı değişkenleri göz önünde bulundurmak gerekli görünmektedir. Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarının farklılaşmasında etkili olabilecek değişkenler arasında sıklıkla *yaş*, *cinsiyet*, *iş durumu*, *duygusal stres* ve *ağrı süresi* yer almaktadır (Chou ve Shekelle, 2010; Fransen vd., 2002; Jackson vd., 2014). Ağrıya bağlı sonuç değişkenler (ağrı şiddeti, engellilik düzeyi, duygusal stres, fiziksel işlevsellik vb.) ile özetkinlik arasındaki ilişkilere dair bir metaanalizde; katılımcıların hem sosyodemografik hem ağrıya ilişkin özelliklerindeki heterojenliğin sonuçları etkilediği gözlenmiştir (Jackson vd., 2014). Ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından yaş ve ağrı süresinin rolüne vurgu yapılırken ağrı uyumları açısından eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir (Azevedo vd., 2012).

Yukarıda söz edilen hem kişiye hem de ağrıya özgü değişkenlerin, hastaların ağrı uyumlarını etkileme potansiyeli bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmada kronik ağrının bir stres türü olarak ele alınması, kişilerin hayatlarındaki diğer stres faktörlerini de akla getirmektedir. Literatürde kronik ağrı stresini ve kişilerin hayatlarındaki diğer stres kaynaklarını birbirinden ayrı olarak ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ağrı dışında günlük yaşamdaki stres faktörleri de ağrı sonuçlarını etkilemek açısından akla gelmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada söz konusu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken yaşam stresi, sosyodemografik değişkenler ve ağrı süresi gibi ağrıya özgü değişkenler kontrol edilmiştir. Çalışmanın amaç ve araştırma sorularına geçmeden önce konuyla ilgili yapılan araştırmalar izleyen bölümde özetlenmektedir.

1.6. AĞRI YÖNETİMİ AÇISINDAN AĞRIYLA BAŞETME STRATEJİLERİ, ÖZETKİNLİK VE AĞRIYA BAĞLI SONUÇLARA İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Toplumdaki hemen her bireyin zaman zaman yaşadığı ağrı şikâyeti belirli hastalıklara eşlik ederek ya da kendi başına bir hastalık belirtisi olarak yaşam kalitesini

olumsuz etkileyen ve uyum sağlamayı gerektiren bir stres durumu olmaktadır. Bu şekliyle toplumun tamamını ilgilendiren bir sorun olması sebebiyle ağrıya yönetimini şekillendiren faktörleri keşfetmeye dönük ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Ülkemizde konuya ilişkin ilgi yeni yeni filizlenmekle birlikte dünyada konuya ilişkin ilgi uzun yıllardır devam etmektedir. Bu çalışmanın hedefi, ağrının oluşturduğu stresin fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkisinde ağrıya başatma yöntemlerinin ve özetkinliğin rolünü incelemektir. Literatürde bu çalışmada incelenen değişkenleri bir arada ele alan çalışma sayısı sınırlı olduğundan, izleyen bölümde öncelikle kronik ağrı ve ağrıya bağlı sonuç değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar aktarılacaktır. Ardından ağrıya başatma yöntemlerini içeren çalışma sonuçları aktarılıp son olarak ağrı yönetiminde özetkinliğin rolünü inceleyen çalışmalarla ilgili bilgiler ele alınacaktır.

1.6.1. Kronik Ağrı ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar

Kronik ağrının hem hastalar hem de çevresindeki kişiler açısından etkilerini inceleyen çalışmalar, ağrının bireysel ve çevresel olarak olumsuz etkilerine vurgu yapmaktadır. Kronik ağrı, biyopsikososyal sonuçları olan bir sağlık sorunu olarak ele alındığında ağrıya bağlı sonuç değişkenler olarak da biyolojik, psikolojik ve sosyal sonuçlar incelenmektedir. Çalışmalarda sıklıkla nöropatik ağrı (Bouhassira vd., 2008; De Mos vd., 2007), sırt ağrısı (Garbi vd., 2014; Schmidt vd., 2007), fibromiyalji sendromu (Gupta vd., 2007), genel kas ve iskelet sistemi hastalıkları (Wijnhoven vd., 2006), osteoartrit (Srikanth vd., 2005), baş ağrısı (Stovner vd., 2007) ve bel ağrısı (Hurwitz vd., 2003; Oksuz, 2006; Robinson vd., 2005) grupları yer almakta ve bu çalışmalarda, kadınlar erkeklerden daha yaygın olarak görülmektedir. Örneğin; ağrıda cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir derlemenin sonuçları (Fillingim vd., 2009), kronik ağrı açısından dünyanın çeşitli ülkelerinde kadınların erkeklere göre daha fazla ağrı yaşadıklarına işaret etmektedir. Benzer şekilde, toplum temelli yapılan çalışmalar da (örn; Bouhassira vd., 2008; De Mos vd., 2007; Stovner vd., 2007), kronik ağrı geliştirmek açısından kadınların erkeklerden daha fazla risk altında olduğuna işaret etmektedir. Bu doğrultuda klinik grupta yapılan çalışmalarda katılımcıların

çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir (örn; Ferreira-Valente vd., 2011; Jensen vd., 2007; Lerman vd., 2015; Riddle vd., 2018).

Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmaların sıklıkla betimsel ya da ilişkisel özellikte olup kronik ağrı hastalarının özelliklerini ve bu özelliklerle ilişkili olan değişkenleri belirlemeyi hedeflediği dikkat çekmektedir. Örneğin; ağrının yaygınlığını ve etkilerini inceleyen toplum temelli bir çalışma, 3304 kadın 1790 erkek olmak üzere 18 yaşından büyük 5094 katılımcıyla kesitsel olarak yürütülmüştür (Azevedo vd., 2012). Çalışmada ulaşılan kişilerin %36,7'si kronik ağrı tanı kriterlerini karşılamaktadır. Bu kişilerin %68'i orta ve yüksek düzeyde ağrı şiddeti bildirmekte, %35'i de ağrıdan dolayı fiziksel işlevselliklerinin kısıtlandığını belirtmektedir. Katılımcıların ağrı şiddetleri Ağrı Kısa Formu (Keller vd., 2004; Tan vd., 2004), ağrıya bağlı engellilik düzeyleri Ağrı Engellilik İndeksi (Tait vd., 1987), ağrının duygudurumları üzerinde oluşturduğu etkiler ise araştırmacılar tarafından hazırlanan sorular ile ölçülmüştür. Söz konusu çalışma, kronik ağrı için risk faktörleri olarak yaşlanma, işsizlik, emeklilik ve düşük eğitim düzeyini göstermektedir. Çalışmanın sonuçlarında katılımcıların ev işleri, günlük aktiviteler, mesleki işler ve eğlence/sosyal aktiviteler olmak üzere tüm yaşam alanlarının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Sonuçlar, katılımcıların %13'ünün depresif belirtiler gösterdiğine, %49'unun ise ağrılarından dolayı meslek yaşamlarının etkilendiğine işaret etmektedir (Azevedo vd., 2012).

Klinik gruplarla yapılan çalışma sonuçları ise ağrı şiddetinin artması ile hastaların fiziksel ve psikolojik işlevselliklerinin olumsuz etkilenmesine odaklanmaktadır. Örneğin; 31-78 yaş aralığında fibromiyalji sendromu tanısı almış 1735 kadını içeren klinik temelli bir çalışmada (Jones vd., 2008), hastaların %25'inden fazlası banyo yapmak gibi kişisel ihtiyaçlarını gidermekte zorlandıklarını belirtirken %60'ından fazlası merdiven çıkmak, yürümek, ev işi yapmak gibi gündelik fiziksel faaliyetlerde zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Söz konusu çalışmada ağır (zorlu) ev işlerini yapmakta ise katılımcıların %90'ından fazlasının zorluk yaşadığı ve faaliyetlerini sürdüremediği bulgulanmıştır. Kontrol grubunun olmadığı çalışmada, hastaların hem fibromiyaljiye bağlı diğer belirtilerini (örn; uykusuzluk, yorgunluk

gibi) hem de ağrı şiddetlerini değerlendirmek için Fibromiyalji Etki Ölçeği (Bennet, 2005) kullanılmıştır. Katılımcıların rutin gündelik işlerden ağır ev işlerine kadar olan fiziksel fonksiyonları ve duygudurumları ise Toplam Fiziksel İşlevsellik Ölçeği'nden (Rikli ve Jones, 1998) araştırmacılar tarafından uyarlanan Fiziksel Yetenek Etkisi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında kişilerin ağrı şiddetleri arttıkça fiziksel işlevselliklerinin azaldığı buna karşın depresif belirtilerinin arttığı görülmüştür (Jones vd., 2008). Özetle bu çalışmalar, özellikle kronik ağrı açısından risk altında olan grupları belirlemek ve hastaların yaşadığı sorunları tanımlamak açısından bilgilendirici olmakla birlikte kronik ağrı hastalarının yaşadıkları zorlukların hangi faktörler aracılığıyla azalıp arttığı ile ilgili soruları cevapsız bırakmaktadır.

Çalışmalarda en çok incelenen ağrıya bağlı sonuç değişkenlerin ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik düzeyi, fiziksel işlevsellik ve duygusal stres düzeyi (depresyon ve anksiyete belirtileri) olduğu görülmektedir. Ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik ve duygusal stres düzeyi (depresyon ve anksiyete belirtileri) arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların çoğu kesitsel özelliktedir. Diğer yandan çalışma sonuçlarında bu sonuç değişkenlerin kendi arasındaki ilişkiler de incelenmekte olup ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi; ağrı şiddeti ile duygusal stres düzeyi, ağrıya bağlı engellilik ve duygusal stres düzeyi arasında düşük ve orta düzeydeki ilişkilerin varlığına dikkat çekilmektedir (örn; Garbi vd., 2014; Ferreira-Valente vd., 2011).

Kronik ağrıya en çok eşlik eden belirtiler arasında yer alan depresyon ve anksiyete belirtileri duygusal stres düzeyi olarak adlandırılmaktadır. Psikoloji disiplini içerisinde pek çok çalışmada duygusal stres düzeyi ile ağrıya bağlı diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmektedir (örn; Demyttenaere vd., 2007; Gureje vd., 2008; Lerman vd., 2015). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik ve duygusal stres düzeyi (depresyon ve anksiyete belirtileri) arasındaki karşılıklı ilişkilere vurgu yapmaktadır (örn; Arola vd., 2010; Hilderink vd., 2012; Hurwitz vd., 2003; Kroenke vd., 2011; Tunks vd., 2008). Örneğin; 50 yaşın üzerindeki 4234 huzurevi sakiniyle duygusal stres düzeyi ile ağrı yaşıntısı arasındaki karşılıklı ilişkileri incelemek amacıyla üç yıllık boylamsal bir çalışma yürütülmüştür (Arola vd., 2010). Çalışma sonuçlarında, Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (Bjelland vd.,

2002; Zigmond ve Snaith, 1983) ile ölçülen depresyon ve anksiyete belirtileri ile araştırmacılar tarafından hazırlanan “son 1 ay içinde vücudunuzun belirli bir yerinde en az bir gün boyunca devam eden bir ağrı oldu mu” ve “son bir ay içerisinde günlük işlerinizi yaparken ağrıdan ne kadar rahatsızlık duydunuz” sorularıyla ölçülen ağrının varlığı ve rahatsızlığı arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Arola vd., 2010). Toplum temelli olarak değerlendirilen bu çalışmada, ağrı şiddetinin duygusal stres düzeyi açısından risk oluşturduğu kadar varolan duygusal stresin de yeni başlangıçlı ağrı açısından belirleyici olduğuna vurgu yapılmaktadır. Daha açık ifade edilirse, kişilerin duygusal stres düzeyleri arttığında ağrı şikayetleri arttığı gibi ağrı şikâyeti bulunan kişilerin zamanla duygusal stres düzeylerinde de artış olduğu görülmektedir (Arola vd., 2010).

Şu ana kadar söz edilen çalışmaların, ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri açısından genel popülasyonda yürütüldüğü görülmektedir. Genel popülasyonda yürütülen çalışmalar dışında klinik ortamda kronik ağrı hastalarının ağrı şiddetleri, ağrıya bağlı engellilik düzeyleri ve fiziksel işlevsellikleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır (örn; Lerman vd., 2015). Örneğin; heterojen kronik ağrı (bel ağrısı, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, nöropatik ağrı ve diğer ağrı sendromları) hastalarının ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik ve duygusal stres düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla 238’i kadın 190’ı erkek olmak üzere 428 kişiyle boylamsal bir çalışma yürütülmüştür (Lerman vd., 2015). Çalışmada katılımcıların ağrı şiddetleri McGill Ağrı Envanteri’nin kısa formu (Melzack, 1987), ağrıya bağlı engellilik düzeyleri Ağrı Engellilik İndeksi (Tait vd., 1987), depresif belirtileri Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği (Radloff, 1977) ve anksiyete belirtileri Duruma Özgü Kaygı Envanteri (Spielberger vd., 1983) ile ölçülmüştür (Lerman vd., 2015). Kontrol grubu bulunmayan çalışmanın sonuçlarında depresyon ve anksiyete belirtileri, ağrı ve ağrıya bağlı engelliliğin artmasında rol oynamakla birlikte ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik düzeyi de depresyon ve anksiyete belirtilerinin artmasına etki etmektedir. Diğer bir deyişle kronik ağrı hastalarındaki tüm bu değişkenler hem neden hem sonuç olabilmektedir. Çalışmanın sonuçları ağrı şiddeti, depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkilerin yaşam boyu değişebileceğine işaret etmektedir. Ayrıca hem ağrı süresinin hem de şiddetinin

bu ilişkileri şekillendirebileceği belirtilmektedir. Söz konusu çalışmanın örneklemi, uzun süreli ağrı hastalarından oluşmaktadır. Bu sebeple araştırmacılar, ağrının ilk başlarda duygusal stresin oluşmasını tetiklediğini ancak ağrı kronikleştiğinde kişilerin fiziksel işlevselliklerindeki bozulmada duygusal stresin daha önemli bir rolü olduğuna işaret etmektedir (Lerman vd., 2015). Sonuç olarak konuyla ilgili çalışmaların - özellikle psikoloji disiplini tarafından yürütülen- ağrı ile duygudurum hatta özellikle depresif belirtiler arasındaki ilişkilere odaklandığı görülmektedir. Kronik ağrı hastalarında söz edilen psikolojik faktörlerin ele alınması önemli olmakla birlikte multidisipliner bir bakış açısıyla sağlık sonuçları ile psikolojik faktörler arasındaki ilişkilerin incelenmesi de gereklidir. Bu doğrultuda hangi psikolojik faktörlerin hangi fiziksel sağlık sonuçları açısından riskli ve koruyucu olduğuna ilişkin çalışmalara olan ihtiyaç belirginleşmektedir.

Kronik ağrı ve ağrıya bağlı sonuç değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen hem toplum temelli hem de klinik örnekleme yürütülen araştırmalar genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmaların çoğunlukla kesitsel özellikte olduğu ancak çok az çalışmanın da boylamsal olarak yürütüldüğü görülmektedir. Ağrıya bağlı sonuç değişkenler olarak hem psikolojik hem de fiziksel sağlık sonuçlarının incelendiği görülmektedir. Çalışmalarda dikkati çeken bir nokta, ağrı şiddetinin sıklıkla bir sonuç değişkeni olarak ele alınmasıdır. Konuyla ilgili çalışmaların genellikle kesitsel olarak yürütüldükleri düşünülürse değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurmak mümkün olmamaktadır (örn; Jones vd., 2008). Örneğin; Jones ve arkadaşları (2008) fibromiyalji sendromu tanısı almış 31-78 yaşları arasında 1735 kadın hastaya ulaşmışlardır. Katılımcıların Fibromiyalji Etki Ölçeği (Bennett, 2005) ile ölçülen ağrı şiddetleri ile Toplam Fiziksel İşlevsellik Ölçeği'nden (Rikli ve Jones, 1998) araştırmacılar tarafından uyarlanan Fiziksel Yetenek Etkisi tarafından ölçülen ağrıya bağlı engellilik düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Ancak hangi değişkenin neden ya da sonuç olduğunu tespit etmek mümkün olmamaktadır.

Ağrı şiddetini bir sonuç değişkeni olarak alan çalışmalar, müdahale sonrasında ağrı şiddetinde değişim beklemekte ancak her daim bu değişim görülmemektedir (örn; Jensen, Turner ve Romano, 2007; Tan vd., 2011). Örneğin; ağrı şiddetinin sonuç

değişken olarak ele alındığı bir çalışma, yaş ortalaması 54.3 olup çeşitli gruptan kronik ağrı şikâyeti olan 94'ü erkek 106 gaziyle yürütülmüştür (Tan vd., 2011). Klinik temelli ve boylamsal olarak yürütülen bu çalışma, kişilerin pasif ve aktif başetme stratejilerinin psikolojik ve fizyolojik ağrı sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemeyi hedeflemektedir. Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri, Başetme Stratejileri Ölçeği ve Ağrı Tutumları Anketi ölçeklerinin her birinden alınan iki maddelik sorularla ağrıyla aktif ve pasif başetme stratejileri ölçülmüştür (Jensen vd., 2003). Ayrıca katılımcıların ağrı şiddetleri ve ağrıya bağlı engellilikleri Kısa Ağrı Envanteri (Cleeland, 1989), depresif belirtileri ise Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği (Radloff, 1977) ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında pasif başetme stratejileri, depresif belirtiler ve ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki artışa etki ettiği görülmüştür. Ancak ne aktif ne de pasif başetme stratejilerinin ağrı şiddeti açısından etkili olduğu görülmüştür. Aksine söz konusu çalışma sonuçlarında, ağrı şiddetinin artmasıyla kişilerin kullandığı hem aktif hem de pasif stratejiler de artmaktadır (Tan vd., 2011).

Tüm bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde, ağrı şiddeti bir sonuç değişken olarak değerlendirildiği gibi kendi başına bir stres faktörü, yani bir yordayıcı olarak da değerlendirilebilir. Bu bakış açısında, ağrı şiddeti değişmesi beklenen bir sonuç olmaktan çok yönetilmesi gereken kronik bir stres faktörü olmaktadır. Bu stresin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemek sağlığın biyopsikososyal olarak tanımlanmasıyla uyumlu olarak daha bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Özellikle ağrı ile hem olumlu (aktivite düzeyi) hem de olumsuz (ağrıya bağlı engellilik düzeyi) sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi şekillendiren psikolojik faktörlere odaklanmak multidisipliner tedaviler açısından önem kazanmakta ve bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Literatürde ağrıya uyumda en çok incelenen ve kronik ağrıya bağlı sonuçları şekillendiren psikososyal değişkenlerden biri başetmedir. İzleyen bölümde ağrıya bağlı sonuçlar ile ağrıyla başetme stratejileri arasındaki ilişkilere dair araştırmalar aktarılacaktır.

1.6.2. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Başetme Stratejileri ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar

Ağrıya bağlı sonuç değişkenler ile ağrıyla başetme stratejileri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar, ağrıya uyum sağlamada başetme stratejilerinin rolüne işaret etmektedir. Ağrıya uyum sağlamaya dönük multidisipliner tedavi programlarının bir parçası olarak psikoterapiye katılan kişilerin ağrıya ilişkin bilişsel ve davranışsal başetme stratejilerinde meydana gelen değişim ile ağrıya bağlı engellilik düzeylerinde, depresif belirtilerinde ve endişe düzeylerinde gelişme kaydedildiği görülmektedir (örn; Broderick vd., 2011; Esteve vd., 2007; Ferreira-Valente vd., 2014; Jensen, Turner ve Romano, 2007; Macea vd., 2010; Riddle vd., 2011). Örneğin; eklem ameliyatı için bekleyen 18 yaşından büyük osteoartrit hastalarında, başetme stratejilerinin geliştirilmesini hedefleyen 8 seanslık psikoterapinin etkisi incelenmiştir (Riddle vd., 2011). Yaş grubu belirtilmeyen hastalardan 18 kişi tedavi grubuna katılırken 45 kişi standart tıbbi tedaviye devam etmiştir. Söz konusu çalışmada katılımcıların ağrıya ilişkin endişe düzeyleri Ağrı Felaketleştirme Ölçeği (Sullivan vd., 1995) ile ölçülürken, ağrı şiddetleri ve ağrıya bağlı engellilik düzeylerini ölçmek için ise WOMAC Ağrı ve Engellilik Ölçeği (McConnell vd., 2001) kullanılmıştır. Bu ölçekte kişilerden çeşitli günlük aktiviteleri yaparken yaşadıkları ağrı şiddetini 0 ile 5 arasında değerlendirmeleri istenmektedir. Aynı şekilde engellilik düzeyini belirlemek amacıyla da kişilerin günlük rutin işlerini yaparken yaşadıkları zorluk düzeyi sorulmaktadır. Çalışmanın sonuçları, psikoterapiye katılan kişilerin katılmayanlara kıyasla ameliyattan iki ay sonraki ağrı endişelerinin, ağrı şiddetlerinin ve ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin daha az olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde kronik bel ağrısı hastalarına dönük yapılan bir derlemenin sonuçları, ağrıyla başetme stratejilerini geliştirmeyi hedefleyen bilişsel davranışçı tedavi odaklı psikoterapiye katılan kişilerin ağrıya bağlı engellilik düzeyleri, ağrı sebebiyle işe gidilemeyen gün sayısı, fiziksel ve sosyal işlevsellik gibi ağrıya ilgili sonuçlarda gelişme kaydettiklerine işaret etmektedir (Hoffman vd., 2007). Bu bilgiler, ağrı yönetiminde özellikle başetme stratejilerinin önemli bir rolü olduğu bilgisini pekiştirmektedir.

Ağrıyla başetme stratejilerinin ağrı sonuçları açısından rolünü inceleyen çalışmalar daha detaylı incelendiğinde, çalışmalarda sıklıkla pasif başetme yöntemlerinin sağlık sonuçları açısından olumsuz etkisi vurgulanırken aktif başetme yöntemlerinin ise olumlu etkisi olabileceğine işaret edilmektedir (örn; Ferreira-Valente vd., 2011; Jensen, Turner ve Romano, 2007). Örneğin; 20-85 yaşları arasında 83'ü kadın 34'ü erkek olan 117 kas ve iskelet sistemi hastasının ağrı yönetiminde kullandıkları başetme stratejileri ile ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Ferreira-Valente vd., 2011). Katılımcıların başetme stratejileri hem Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri'nin hem de Başetme Stratejileri Ölçeği'nin (Jensen ve ark., 2003) kısa formları ile, ağrı şiddetleri Görsel Analog Skalası (Bryant, 1993) ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi ise Kısa Ağrı Envanteri (Cleeland, 1989) ile değerlendirilmiştir. Sonuçlarda, katılımcıların pasif stratejileri (endişe, dua etme/ümit etme, sakınma, dinlenme, yardım isteme, sosyal destek arama) kullanmaları arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Diğer yandan aktif stratejilerden sadece "ağrıyı yok sayma" stratejisi sonuçlarla ilişki göstermekte; bu stratejiyi daha çok kullanan kişilerin ağrıya bağlı engellilik düzeyleri azalmaktadır. Aktif başetme boyutunda yer alan diğer stratejiler ise sonuçlarla ilişki göstermemektedir.

Benzer şekilde başka bir çalışma, heterojen ağrı gruplarında (baş, bel, boyun vs.) bulunan 21-78 yaş aralığındaki %51'i kadın 141 kronik ağrı hastasının multidisipliner bir tedavi sonrasında ağrıya uyumlarını etkileyen psikososyal değişkenleri incelemiştir (Jensen, Turner ve Romano, 2007). Tedavi sürecinde engellilik düzeyi ve depresif belirtilerde kaydedilen gelişme ile aktif başetme stratejilerinin negatif; tam aksine pasif başetme stratejilerinin ise pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmada başetme stratejileri hem Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri (Jensen vd., 1995) hem de Başetme Stratejileri Ölçeği (Rosenstiel ve Keefe, 1983) ile engellilik düzeyi, Roland-Morris Engellilik Envanteri (Roland ve Morris, 1983) ile depresif belirtiler ise Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği'nden (Radloff, 1977) alınan toplam puanlar ile hesaplanmıştır. Çalışmanın sonuçları, ağrıya bağlı sonuçlar açısından ağrıyla başetmede aktif stratejiler kullanmanın koruyucu; pasif stratejiler kullanmanın ise riskli olduğuna işaret

etmektedir. Ancak çalışmada dikkati çeken bir diğer nokta, aktif başetme stratejilerinin kullanılma sıklığının daha az olmasıdır. Nitekim, hastaların tedavi sonrasında ve bir yıl sonraki takip görüşmesinde depresif belirtilerinde ve engellilik düzeylerinde artış olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların ağrıyla başetmede aktif stratejilerden çok pasif stratejiler kullanıyor olmalarıyla açıklanmaktadır. Bir önceki çalışma sonucunda da belirtildiği gibi özellikle olumsuz ağrı sonuçları açısından pasif stratejilerin rolü aktif stratejilerin rolünden daha fazla gibi gözükmektedir. Çalışmanın ilginç bir bulgusu, tedavi boyunca katılımcıların başetme stratejilerinin değişmesine rağmen Görsel Analog Skalası (Bryant, 1993) ile ölçülen ağrı şiddetlerinin belirgin düzeyde değişmemesidir (Jensen, Turner ve Romano, 2007). Bu durum ağrı şiddetinin değişmesi beklenen bir sonuç olmaktan çok yönetilmesi gereken kronik bir sağlık sorunu olduğu perspektifiyle tutarlı gözükmektedir.

Sağlık sonuçları açısından hangi stratejilerin daha etkili ya da etkisiz olduğunun keşfi kadar hangilerinin daha tutarlı sonuçlar sunduğu da önemli olmaktadır. Başetme stratejileri ile kronik ağrı yaşantısında en çok incelenen sonuç değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkilere bakıldığında; özellikle pasif stratejiler ile engellilik düzeyi arasında daha güçlü ilişkilerin olduğu dikkat çekmektedir. Ağrıya bağlı engellilik ile aktif başetme stratejileri arasındaki ilişkilerin gücü ise görece daha zayıf ve hatta tutarsızdır. Diğer bir değişle pasif stratejilerin kullanılması engellilik düzeyini artırırken; aktif stratejilerin kullanılması engellilik düzeyini bir ölçüde azaltmakta ve bu ilişki pasif stratejilerdeki kadar güçlü olmamaktadır (Riddle ve ark., 2011; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011). Örneğin; Riddle ve arkadaşları (2018) diz eklemi ameliyatı olmak için bekleyen ve yaş ortalaması 63 olan 257'si kadın 127'si erkek 384 kronik ağrı hastasıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Hastaların ağrı yönetimlerinde kullandıkları başetme stratejilerinden hangilerinin ağrı sonuçları açısından daha işlevsel ve daha tutarlı bulgular sağladıklarını incelemişlerdir. Katılımcıların ağrıyla başetme stratejileri Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri'nin kısa formu (Jensen ve ark., 2003), ağrı şiddetleri ve ağrıya bağlı engellilik düzeyleri ise WOMAC Ağrı ve Engellilik Ölçeği (McConnell vd., 2001) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcıların fiziksel işlevsellik düzeylerini daha net anlamak için 6 dakikalık yürüyüş testi ile birlikte dengede durma, 4 metrelik hızlı

yürüyüş yapma ve sandalyeye hızlı oturup kalkma altboyutlarını içeren Kısa Fiziksel Performans Bataryası (Guralnik vd., 1994) kullanılmıştır. Bu kesitsel çalışmanın sonuçlarında, ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile pasif başetme stratejileri olan korunma (guarding), dinlenme ve ağrı endişesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Diğer yandan aktif stratejiler ile ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik arasında ilişki gözlenmemiştir. Özetle, çalışmanın sonuçlarında olumsuz ağrı sonuçları açısından pasif stratejilerin riskli olduğu gözlenirken aktif stratejilerin koruyuculuğu gözlenememiştir (Riddle vd., 2018).

Benzer şekilde, aktif başetme yöntemlerinden biri olan ve tedavilerde geliştirilmesi hedeflenen “görev tamamlama” stratejisinin olumsuz sağlık sonuçları ile negatif yöndeki ilişkisini vurgulayan çalışmalar olmakla birlikte (örn; Ferreira-Valente vd., 2014; Jensen vd., 1995); depresyon ve engellilikle pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (örn; Garcia-Campayo vd., 2007). Örneğin; 22-64 yaşları arasında fibromiyalji sendromu tanısı almış 361’i kadın 41’i erkek 402 kişinin ağrıyla başetme yöntemleri değerlendirilmiştir (Garcia-Campayo vd., 2007). Çalışmanın sonuçlarında, “görev tamamlama” yöntemini daha fazla kullanan kişilerde, depresif belirtilerin ve engellilik düzeyinin daha fazla olduğu görülmektedir (Garcia-Campayo vd., 2007). Söz konusu çalışmada, başetme stratejilerini ölçmek için Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri (Jensen vd., 1995), depresif belirtileri ölçmek için Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (Bjelland vd., 2002; Zigmond ve Snaith, 1983) ve engellilik düzeyini değerlendirmek için Fibromiyalji Etki Ölçeği (Bennett, 2005) kullanılmıştır. Genel beklenti, “görev tamamlama” gibi aktif bir stratejinin ağrıya bağlı olumsuz sağlık sonuçları açısından koruyucu olacağı olsa da söz konusu çalışmada bu sonuç gözlenmemiştir. Aynı çalışmada, “gevşeme”, “egzersiz/esneme” ve “kendilik ifadeleriyle başetme” gibi diğer aktif stratejilerin kullanımının artması ile yaşam doyumu, depresif belirtiler gibi psikolojik faktörlerde gelişme olduğu görülmüştür. Ancak beklenenin aksine bu stratejilerin kullanımı ile hastaların engellilik düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki gözlenmemiştir. Söz edilen aktif yöntemler, depresyon ve yaşam doyumu açısından olumlu etkiler oluşturmalarına rağmen ağrıya bağlı engelliğin azalmasına etki etmemektedir (Garcia-Campayo vd., 2007). Dikkati çeken bir diğer durum, söz konusu çalışmada aktif stratejiler ile olumlu

fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmemiş olmasıdır. Bu noktada “görev tamamlama” stratejisinin, ağrıya bağlı olumlu fiziksel sağlık sonuçları (rn; aktivite düzeyi) ile nasıl ilişki göstereceği sorusu akla gelmektedir.

Tüm bu bulgular ışığında ağrı yönetiminde pasif stratejiler kullanmanın özellikle ağrıya bağlı olumsuz fiziksel sağlık sonucu olan engellilik düzeyini arttırdığı daha çok çalışma tarafından tutarlı olarak gösterilmektedir. Ancak aktif başetme stratejilerinin, ağrıya bağlı engellilik düzeyinin azalması açısından işlevsel olduğu tutarlı olarak gösterilememektedir. Çalışmalarda eksik kalan bir nokta da olumlu fiziksel sağlık sonuçları açısından başetme stratejilerinin rolünün yeterince ele alınmamış olmasıdır. Bu durum, ağrıya bağlı hem olumlu hem de olumsuz fiziksel sonuçlar ile ağrıya başetmede kullanılan pasif ve aktif stratejiler arasındaki ilişkileri inceleyen daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu akla getirmektedir.

Bir nceki paragrafta, ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile pasif başetme stratejilerinin daha güçlü ve tutarlı ilişkiler sergilerken aktif başetme stratejilerinin görece zayıf güçte ve tutarlı olmayan ilişkiler sergiledikleri detaylandırılmıştır. Çalışmalarda dikkati çeken bir diğer nokta, başetme stratejilerinin (zellikle pasif başetme stratejileri) ağrıya bağlı engellilikle yüksek güçte ilişkiler gösterirken (rn; Riddle vd., 2011; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011) ağrı şiddeti ile ilişkisinin zayıf güçte olmasıdır (Dysvik vd., 2005; Ferreira-Valente vd., 2011; Gloria vd., 2018). Örneğin; ağrıya ilgili sonuç değişkenler ve başetme stratejileri arasındaki ilişkileri kesitsel olarak inceleyen bir çalışma, ağrı şiddeti ile pasif başetme stratejilerinden biri olan “ağrı endişesi” arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Ancak çalışmanın sonuçlarında ağrı şiddeti ile aktif ve pasif stratejilerden hiçbiri arasında anlamlı düzeyde ilişkiye rastlanmamaktadır (Ferreira-Valente vd., 2011). Bu duruma ilişkin bir açıklama, ağrı şiddeti ile başetme stratejileri arasındaki ilişkileri daha net görebilmek için boylamsal desenlere ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç olduğudur. Konuyla ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, ağrı şiddetinin söz edilen çalışmaların tamamına yakınında sonuç değişken olarak ele alındığı görülmektedir. Ancak sağlık psikolojisi bakış açısıyla bir stres faktörü olan kronik ağrı ile ağrıya bağlı sağlık sonuçları arasında hem aktif hem de pasif başetme stratejilerinin rolünün kesitsel

olarak incelenmesi de bu değişkenler arasındaki ilişkileri anlamak açısından bir yöntem sunmaktadır.

Ağrı yönetiminde hangi faktörlerin olumlu ya da olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu incelenirken, ağrı stresi dışında kişilerin hayatlarında yer alan diğer stres faktörlerinin araştırılması da önemlidir. Konuyla ilgili çalışmalardan birinde, çeşitli tanı gruplarında yer alan 88 ağrı hastasının yaşamlarındaki stres faktörlerinin sadece betimsel olarak değerlendirildiği görülmektedir (Dysvik vd., 2005). Çalışmada son hafta yaşadıkları stresli yaşantıları belirtmeleri istenen katılımcıların %38'inin sağlıklarını, %53'ünün aile yaşantılarını ve %9'unun yaşam olaylarını yaşamlarındaki en stresli olaylar olarak belirttikleri görülmüştür. Ancak söz konusu çalışmada, ağrıyla ilgili sonuç değişkenler açısından bu stresli yaşantıların etkisinin incelenmediği sadece kişilerin yaşadığı stresli yaşantıların belirtildiği görülmektedir.

Kronik ağrı hastalarının yaşamlarının stresli olduğu varsayımına dayalı olarak bazı çalışmalar, kişilerin algıladıkları stres ile iyilik halleri arasındaki ilişkide ağrıyla ilgili değişkenlerin nasıl rol oynadığını incelemiştir (örn; Gloria vd., 2018; Wilson vd., 2008). Örneğin; farklı gruplardan 94 kronik ağrı hastasının algıladığı yaşam stresi ile psikolojik iyilik (depresyon ve anksiyete) düzeyleri arasında başetme stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir (Gloria vd., 2018). Söz konusu çalışmanın sonuçlarında, kişilerin stres algıları ile psikolojik iyilikleri arasında pasif başetme stratejilerinin aracılık ettiği görülmektedir. Başka bir deyişle, stresli yaşam olayları pasif stratejilerin kullanılması aracılığıyla depresyon ve anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Ancak çalışma, hastalarının yaşam streslerindeki belirleyicinin ağrılar mı yoksa diğer faktörler mi olduğunun cevabını vermemektedir. Ayrıca sözü geçen çalışmada, kişilerin ağrıyla birlikte yaşamdaki diğer stresli faktörlerinin fiziksel sağlık sonuçlarına olan etkileri incelenmemekte, stres algılarının sadece psikolojik değişkenler açısından rolü değerlendirilmektedir (Gloria vd., 2018). Diğer yandan kronik ağrının oluşturduğu stresin hem olumlu hem olumsuz sağlık sonuçları açısından etkisinin ve bu etkide hem aktif hem de pasif stratejilerinin rolünün incelenmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ağrı yönetiminde ağrıyla başetme stratejilerinin hangi fiziksel sağlık sonucuyla ilişkili olduğunun keşfedilmesi kadar bu başetme

stratejilerinin kullanımında rol oynayan ve ağrıya bağlı sonuçları etkileyen diğer değişkenleri keşfetmek de önemli gözükmektedir. Bu durum, literatürde başetme ve ağrıya bağlı sonuç değişkenlerle ilişkili bir diğer kavram olan özetkinliğin önemini akla getirmektedir. İzleyen bölümde özetkinlik, ağrıyla başetme stratejileri ve ağrıya bağlı sonuç değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar aktarılacaktır.

1.6.3. Özetkinlik, Ağrıyla Başetme Stratejileri ve Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkileri İnceleyen Araştırmalar

Özetkinliğin uzun yıllardır ağrı yönetimindeki önemi vurgulanmakta ve gün geçtikçe bu inançların ağrı sonuçlarını nasıl şekillendirdiğinin keşfine ilişkin ilgi artmaktadır. Çalışmalar, kronik ağrı hastalarında özetkinlikteki gelişmenin ağrıya bağlı sonuçlar açısından, ağrıyla ilişkili diğer bilişsel değişkenlerden daha açıklayıcı olduğunu açığa çıkartmaktadır (örn; Costa vd., 2011; Foster vd., 2010; Jackson, Wang ve Fan, 2014; Turner, Holtzman ve Mancl, 2007). Örneğin; yaş ortalaması 43.9 olan 96'sı erkek 88'i kadın 184 kronik bel ağrısı hastasıyla yürütülen 12 aylık boylamsal bir çalışmada, ağrı şiddeti ile engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya özgü özetkinlik ile hareket etme korkularının aracı rolü sınanmıştır (Costa vd., 2011). Katılımcıların ağrı şiddetleri SF-36'da (Ware ve Sherbourne, 1992) yer alan ağrı şiddeti maddesinin kronik bel ağrısına uyarlanarak ("geçen hafta içerisinde ne şiddette bel ağrısı yaşadınız"), 1(hiç) ile 6 (çok şiddetli) arasında derecelendirilmesiyle ölçülmüştür. Ağrıya bağlı engelliliklerini ölçmek için Roland-Morris Engellilik Ölçeği (Roland ve Morris, 1983), ağrıya özgü özetkinliği ölçmek için 10 maddeden oluşan Ağrı Özetkinlik Ölçeği (Nicholas, 2007) ve hareket etme korkusunu ölçmek için Hareket Etme Korkusu Ölçeği (Miller, Kori ve Todd, 1991) kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında ağrı şiddeti ve engellilik düzeyi arasındaki ilişkide başlangıçta hem ağrıya özgü özetkinliğin hem de hareket etme korkusunun aracılık ettiği görülürken, boylamsal olarak bakıldığında sadece özetkinlik aracı rolünü sürdürmektedir (Costa vd., 2011). Söz konusu çalışma, kronik ağrı yaşantısının etkileri açısından özetkinliğin rolüne işaret etmektedir.

Literatürde farklı hastalık grupları açısından özetkinliğin hastalığa uyum sağlamada önemine işaret eden çalışmalar vardır (örn; Borjalilu vd., 2017; Shelby vd.,

2014). Örneğin; göğüs kanseri olan kadınlarda hastalığa uyumda özetkinliğin rolünü değerlendiren 24 makaleyi inceleyen bir derlemenin sonuçları, özetkinliğin kanser hastalarının fiziksel-ruhsal sağlıkları, ağrı yönetimleri, hasta-doktor iletişimleri ve yardım arama davranışları gibi hastalıkla ilgili pek çok önemli noktayı etkilediğini ve yüksek özetkinliğin hastaların uyumlarını arttırdığını göstermektedir (Borjalilu vd., 2017). Söz edilen derlemede özetkinliği değerlendirmede en yaygın kullanılan ölçeğin Genel Özetkinlik Ölçeği (Sherer vd., 1982) olduğu belirtilmektedir. Diğer yandan bazı çalışmalarda da katılımcıların kansere özgü özetkinliklerinin ölçüldüğü görülmektedir (Borjalilu vd., 2017). Yaş ortalaması 63.6 olan 112 kadın kanser hastasıyla yürütülen başka bir çalışmada hastalık belirtilerinin iyilik düzeyi üzerindeki etkisinde özetkinliğin şekillendirici rolü incelenmiştir (Shelby vd., 2014). Bu çalışmada katılımcıların ağrı şiddetleri Kısa Ağrı Envanteri (Cleeland, 1989) ile yorgunluk belirtileri ise Kısa Yorgunluk Envanteri'nin (Mendoza vd., 1999) üç maddesiyle ölçülmüştür. Hastaların vazomotor belirtileri Menapoz Özgü Yaşam Doyumu Ölçeği'nin (Lewis vd., 2005) Vazomotor Belirtiler Altölçeği ile; sinir ağrısı ve eklem romatizması (artralji) belirtileri ise Kanser Terapisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi'nin alt boyutu (Cella vd., 2003) ile incelenmiştir. Hastaların işlevsel, duygusal ve sosyal iyilik düzeyleri ise Kanser Terapisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi genel formu (Cella vd., 1993) aracılığıyla belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların özetkinliklerini değerlendirmede artirite özgü özetkinliği değerlendiren Artirit Özetkinlik Ölçeği'nin (Lorig vd., 1989) araştırmacılar tarafından kanser hastalarına uyarlanmış hali kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları, katılımcıların hastalık belirtilerinin iyilik halleri üzerindeki etkisinin özetkinlik düzeylerine göre değiştiğini; özetkinliği yüksek olan hastaların hastalık belirtilerinin iyilik hali üzerindeki (fiziksel ve psikolojik) etkisinin anlamlı düzeyde olmadığını açığa çıkartmaktadır. Söz edilen çalışmada özetkinlik, hastalık belirtileri ile iyilik halleri arasındaki ilişkilere etki edebilecek bir dış değişken olarak ele alınmıştır. Özetle, kronik hastalıklara uyum sağlamak açısından özetkinliğe ilişkin vurgu artmaktadır. Bu doğrultuda ağrı yönetimi açısından da çalışmalarda özetkinlik daha çok gündeme gelmektedir.

Özetkinlik ile ağrıyla ilgili sonuç değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen bir metaanalizde (Jackson vd., 2014), özetkinliğin ağrı sonuçlarını (engellilik, fiziksel ve

sosyal işlevsellik) nasıl etkilediği iki grupta ele alınmaktadır. Birinci grupta yer alan çalışmalar özetkinlik ile ağrıya bağlı sonuçlar olarak ele alınan ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik düzeyi ve duygusal stres (genellikle depresyon ve anksiyete düzeyi) arasındaki doğrudan ilişkileri incelemektedir (örn; Damsgard vd., 2010; Dobkin vd., 2010; Rahman vd., 2008; Van Hoogmoed vd., 2010). Bu grupta yer alan çalışma sonuçları, özetkinlik ile ağrı şiddeti (Brekke vd., 2003; Jackson vd., 2014; Strahl vd., 2000; Vranceanu ve Ring, 2014), ağrıya bağlı engellilik (Barry vd., 2003; Jackson vd., 2014; Strahl vd., 2000; Vranceanu ve Ring, 2014) ve duygusal stres (Benka vd., 2013; Jackson vd., 2014) arasında negatif; fiziksel işlevsellik arasında ise pozitif (Hermesen vd., 2016) yöndeki ilişkilere işaret etmektedir. Örneğin; yaş ortalaması 53.6 olan fibromiyalji sendromu tanısı almış 46 kadın hastayla yürütülen multidisipliner tedavilerin bir parçası olarak psikoterapiye katılan kişilerde, tedavi boyunca gelişmesi hedeflenen özetkinliğin katılımcıların altı ay sonraki ağrıya bağlı engellilik düzeyi ve ağrı şiddeti üzerindeki etkisi incelenmiştir (Dobkin vd., 2010). Çalışmada katılımcıların özetkinlikleri Artirit Özetkinlik Ölçeği'nin (Lorig vd., 1989) fibromiyalji sendromu alt boyutu (Barlow vd., 1997) ile, engellilik düzeyleri Fibromiyalji Etki Ölçeği (Bennett, 2005) ile ağrı şiddetleri ise McGill Ağrı Envanteri'nin kısa formu (Melzack, 1987) ile ölçülmüştür. Kontrol grubu bulunmayan çalışmada özetkinlikteki gelişmenin altı ay sonraki hem ağrı şiddetlerindeki ve hem de ağrıya bağlı engellilik düzeylerindeki azalmayı etkilediği görülmektedir (Dobkin vd., 2010).

Benzer şekilde romatoid artirit hastalarıyla yürütülen başka bir çalışmada, yaş ortalaması 58.02 olup en az 12 yıldır tanısı olan 146 kişi ve yaş ortalaması 53.25 olup yeni tanı almış 102 kişiden oluşan iki grubun özetkinlik ile depresif belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Benka vd., 2013). Söz konusu çalışmada, özetkinlik Başetme Özetkinlik Ölçeği (Chesney vd., 2006), duygusal stres düzeyi ise Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (Bjelland vd., 2002; Zigmond ve Snaith, 1983) ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları hem yeni tanı almış hem de uzun süredir hastalığı devam eden romatoid artirit hastaları için duygusal stres açısından özetkinliğin rolüne ışık tutmakta; sosyodemografik özellikler ve ağrı süresi kontrol

edildiğinde dahi özetkinliğin duygusal stres açısından koruyucu olduğuna işaret etmektedir.

Özetkinliğin ağrı sonuçlarını nasıl etkilediğini inceleyen ikinci grup çalışmalar ise özetkinliği yüksek olan kişilerin daha etkili başetme yöntemleri kullandığına odaklanmaktadır (Zlatanovic, 2016). Bu çalışmalar, özetkinliği yüksek olan kişilerin aktif başetme yöntemlerini, pasif başetme yöntemlerinden daha fazla kullandıklarına işaret etmektedir (örn; Brown ve Nicassio, 1987; Ferreira-Valente vd., 2014; Strahl vd., 2000; Turner vd., 2005). Örneğin; 66-99 yaş aralığında yer alan kronik ağrı hastası 140 kişiyle yürütülen toplum temelli bir çalışmada, sekiz maddelik Artirit Özetkinlik Ölçeği (Gonzalez vd., 1995; Lorig vd., 1989) ile ölçülen özetkinlik, Roland-Morris Engellilik Envanteri (Roland ve Morris, 1983) ile ölçülen fiziksel engellilik düzeyi, Kısa Ağrı Envanteri (Cleeland, 1989) ile değerlendirilen ağrı şiddeti ve Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri (Jensen vd., 1995) ile ölçülen başetme stratejileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Turner vd., 2005). Çalışmanın sonuçlarında yaş, cinsiyet ve ağrı şiddeti kontrol edildiğinde özetkinliği yüksek olan kişilerin görev tamamlama, egzersiz/esneme yapma, kendilik ifadeleri aracılığıyla başetme ve aktivite planlama/adımlama gibi aktif başetme stratejilerini daha sık kullandıkları görülmektedir. Beklenenin aksine çalışmada özetkinlik ile pasif stratejiler arasında ise bir ilişki gözlenmemiştir.

Toplum temelli başka bir çalışmada, 22-88 yaş aralığındaki 67'si erkek 86'si kadın 153 kişinin stresli koşullarla başetmekte kullandıkları stratejilerin yaşla birlikte değişip değişmediği araştırılmıştır (Trouillet vd., 2009). Transaksyonel Stres ve Başaçıkma Modeli'ne (Lazarus ve Folkman, 1984) göre yürütülen çalışmada katılımcılar 20-40, 41-69 ve 70-88 olmak üzere üç yaş grubuna ayrılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, Yaşama Yeniden Uyum Sağlamayı Değerlendirme Ölçeği (Holmes ve Rahe, 1967) ile ölçülen stresli yaşam olaylarının sıklığının, Algılanan Stres Ölçeği (Cohen vd., 1983) ile ölçülen stres düzeylerinin ve Başetme Yöntemleri Listesi (Vitaliano vd., 1985) ile ölçülen başetme yöntemlerinin yaşla birlikte anlamlı oranda değişmediği görülmüştür. Ancak çalışmanın sonuçları yaşın başetme stratejilerini Genel Özetkinlik Ölçeği (Sherer vd., 1982) ile ölçülen özetkinliğin biçimlendirdiğine

işaret etmektedir. Diğer bir değişle daha genç olan grubun yaşamdaki stresli durumlarla başedebileceklerine dair özetkinlikleri daha yüksek olmakta ve yüksek özetkinlik, kişilerin problem odaklı diğer bir değişle aktif başetme yöntemlerini daha fazla kullanmalarına etki etmektedir (Trouillet vd., 2009).

Özetkinlik, başetme stratejileri ve ağrı sonuçları arasındaki ilişkileri aynı anda incelemeyi hedefleyen sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri, yaş ortalaması 61 olan 324 kas ve iskelet sistemi hastasıyla yürütülmüştür (Ferreira-Valente vd., 2014). Klinik temelli olan çalışmada hastaların ağrı yönetimlerinde başetme stratejilerinin, özetkinliklerinin ve sosyal desteklerinin rolü incelenmiştir. Katılımcıların özetkinlik düzeyleri Portekiz Ağrı Özetkinlik Ölçeği (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro ve Jensen, 2011), ağrıya bağlı engellilik düzeyleri Kısa Ağrı Envanteri'nin (Cleeland, 1989) Portekiz versiyonu, fiziksel ve psikolojik işlevsellikleri SF-36'nın (Ware ve Sherbourne, 1992) bazı maddeleri, başetme stratejileri ise hem Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri'nin hem de Başetme Stratejileri Ölçeği'nin (Jensen vd., 2003) kısa formları ile ölçülmüştür. Çalışmanın sonuçlarında, özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında negatif; fiziksel ve psikolojik işlevsellik arasında ise pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmada özetkinlik ve başetme stratejileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; özetkinlik ile endişe, korunma (guarding) gibi pasif stratejiler arasında negatif diğer yandan aktif başetme olarak ele alınan görev tamamlama ile pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmektedir (Ferreira-Valente vd., 2014). Özetkinlik ile görev tamamlama arasında pozitif yönde ilişki olması, özetkinliğin aktif başetme stratejilerini açıklamak açısından ön plana çıktığına yeniden işaret etmektedir. Aksine ağrı sonuçları ve başetme stratejileri arasındaki ilişkilerin anlatıldığı bir önceki başlıkta değinilen Garcia-Campayo ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçlarında, görev tamamlama stratejisini daha çok kullanan hastaların depresif belirtilerinin ve engellilik düzeylerinin arttığından söz edilmişti. Bu doğrultuda özetkinlik, başetme stratejileri ve sağlık sonuçlarını bir arada ele almanın önemi akla gelmektedir.

Tüm bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde, özetkinlik ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkileri inceleyen ikinci grup çalışmalar özetkinliğin ağrıyla ilgili

sonuçları başatme stratejileri aracılığıyla etkileyebileceğine işaret etmektedir. Özellikle yüksek özetkinliğin aktif başatme stratejilerinin artması aracılığıyla olumlu sağık sonuçlarını etkilediğı ön plana çıkmaktadır. Diğer yandan özetkinlik ile ağrıya bağılı olumsuz sağık sonuçları arasındaki ilişkilerin daha az tutarlılık gösterdiği gözlenmektedir (Ferreira-Valente vd., 2014). Bahsi geçen çalışmalar, özetkinliğin ağrı sonuçlarını başatme stratejileri aracılığıyla etkileyebileceğini söylemekle birlikte bu çalışmaların neredeyse hiçbirini (Ferreira-Valente vd., 2014 haricinde) başatme stratejilerinin aracı rolünü incelememektedir. Bu doğrultuda özetkinliğin ağrıya ilgili hem olumlu hem olumsuz sağık sonuçlarını etkileyip etkilemediğinin ve bu etkide başatme stratejilerinin rolünün ne olduğunun daha detaylı incelenmesine ihtiyaç olduğu görölmektedir.

Ağrı şiddeti, ağrıya bağılı engellilik, fiziksel işlevsellik ve özetkinlik arasındaki ilişkileri inceleyen bazı çalışmalar ise ağrı şiddetini bir sonuç olarak ele almak yerine bir öncül olarak değerlendirmektedir. Bu çalışmalarda özetkinliğin, ağrı şiddeti ile ağrıya bağılı engellilik arasındaki rolüne odaklanılmaktadır (örn; Arnstein, 2000; Costa vd., 2011; Denison vd., 2004; Foster vd., 2010; Krein vd., 2007; Motl vd., 2006). Örneğin; vücudun çeşitli bölgelerinde (baş, kol, bacak, bel vs.) ağrısı olan yaş ortalaması 44, 306'sı kadın 173'ü erkek 479 kronik ağrı hastasıyla yürütölen bir çalışmanın sonuçları, ağrı şiddeti ile ağrıya bağılı engellilik düzeyi arasında özetkinliğin kısmi aracı rolü olduğuna işaret etmektedir. Daha açık ifade edilirse, ağrı şiddetinin artmasının ağrıya bağılı engelliliğin azalmasıındaki etkisinin bir kısmını özetkinliğin düşmesi açıklamaktadır. Ağrı şiddeti arttıkça ağrıya özgü özetkinlik düşmekte ve böylece ağrıya bağılı engellilik düzeyi artmaktadır. Söz konusu çalışmada katılımcıların ağrı şiddetleri Görsel Analog Skalası (Bryant, 1993), ağrıya bağılı engellilik düzeyleri Ağrı Engellilik İndeksi (Pollard, 1984), özetkinlik ise Kronik Ağrı Özetkinlik Ölçeğı (Anderson vd., 1995) ile değerlendirilmiştir (Arnstein, 2000).

Bazı çalışmalar ise özetkinliğin özellikle ağrıya bağılı fiziksel sonuçlar açısından rolüne işaret eder niteliktedir. Örneğin; daha önce de bahsi geçen Costa ve arkadaşları (2011) tarafından yürütölen 12 aylık boylamsal bir çalışmada, “geçen hafta içerisinde ne şiddette ağrı yaşadınız” sorusuyla ölçölen ağrı şiddetinde azalma

olmamasına rağmen katılımcıların Ağrı Özetkinlik İnançları Ölçeği (Nicholas, 2007) ile ölçülen ağrı özetkinlik düzeylerinde ortaya çıkan gelişmeyle birlikte Roland-Morris Engellilik Ölçeği (Roland ve Morris, 1983) ile ölçülen engellilik düzeylerinde de iyileşme olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada, yaş ortalaması 68.8 olan 339 artirit (eklem) hastasının fiziksel aktivite düzeylerini arttırmada özetkinliğin rolünün incelenmesi hedeflenmiştir (Sperber vd., 2014). Çalışmaya katılan kişiler iki gruba ayrılmıştır. İlk grup fiziksel aktivite düzeyini arttırmaya dönük eğitime katılırken ikinci grup standart tedavilerine devam etmişlerdir. İki kişinin ayrıldığı müdahale sonuçlarında ilk grupta yer alan hastalarda Artirit Özetkinlik Ölçeği’den (Lorig vd., 1989) geliştirilen Egzersiz Özetkinlik Ölçeği (Resnick ve Jenkins, 2000) ile değerlendirilen egzersiz yapmaya dair özetkinlik düzeyinin artmasıyla aktivite yapma sıklıklarının standart tedaviye katılan kişilere göre daha çok geliştiği görülmektedir. Ancak çalışmanın ilginç bir bulgusu, kesitsel olarak bakıldığında Görsel Analog Skalası ile ölçülen ağrı şiddetinin (Bryant, 1993) özetkinlik ile ilişki göstermediği ancak boylamsal olarak incelendiğinde ağrı şiddeti ile özetkinliğin ilişkili olduğudur.

Tüm bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde; kronik ağrı yaşantısında özetkinliğin rolünü inceleyen farklı grup çalışmalar olduğu dikkat çekmektedir. Sağlık modellerine sonradan eklenen özetkinliğin belirli sağlık sadavranışlarına ilişkin rolü vurgulanmakla birlikte özellikle ağrı sonuçlarını hangi yollarla etkileceğine ilişkin yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmaların genel vurgusu, özetkinliğin özellikle olumlu ağrı sonuçları açısından rolünün daha belirgin olduğudur. Olumsuz sağlık sonuçları açısından bakıldığında ise ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile görece daha tutarlı ilişkileri olmakla birlikte ağrı şiddeti ile sergilediği ilişkiler tutarlılık göstermemektedir. Sonuç olarak özetkinlik hem ağrı şiddeti ve ağrı sonuçları arasında aracılık edebilecek bir değişken olarak hem de ağrı sonuçlarını başetme stratejileri üzerinden etkileyebilecek bağımsız bir değişken olarak ele alınabilir.

Şuana kadar ele alınan çalışmalarda kronik ağrı hastalarının hastalığa uyum sağlamalarında ağrıyla başetme yöntemlerinin ve özetkinliklerinin nasıl bir role sahip olabileceği ile ilgili bilgiler sunulmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın amaç ve araştırma sorularına geçilmeden önce çalışmalarda söz konusu değişkenlerin nasıl ölçüldüğünü

özetlemek önemli gözükmektedir. Çoğu çalışmada ağrı şiddetini ölçmek için yaklaşık 100 mm uzunluğunda bir doğruda 0 (hiç ağrı yok) ile 10 (hayatımda yaşadığım en kötü ağrı) arasında ağrı şiddetini değerlendiren Görsel Analog Skalası'nın (Bryant, 1993) kullanıldığı görülmektedir. GAS ile kişilerden son bir hafta içinde yaşadıkları ağrı şiddetini en iyi yansıtan sayıyı işaretlemeleri istenmektedir. Ağrı Engellilik İndeksi (Tait vd., 1987), Roland-Morris Engellilik Envanteri (Roland ve Morris, 1983) ve Kısa Ağrı Envanteri (Cleeland, 1989) gibi ölçekler ağrıya bağlı engellilik düzeyini değerlendirmede kullanılan ölçekler arasındadır. Bazı çalışmalarda da engellilik düzeyinin araştırmacılar tarafından hazırlanan sorularla (örn; “son bir ay içinde ağrınız işinizi ya da ev dışı faaliyetlerinizi ne kadar etkilemiştir”) ölçüldüğü görülmektedir. Hem ağrı şiddetini hem de ağrıya bağlı engellilik düzeyini aynı anda ölçen WOMAC Ağrı ve Engellilik Ölçeği (McConnell vd., 2001) sıklıkla kullanılan ölçekler arasında yer almaktadır. Duygusal stres düzeyine karşılık gelen depresyon ve anksiyete belirtilerini ölçmede Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (Bjelland vd., 2002; Zigmond ve Snaith, 1983) ve Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği (Radloff, 1977) en sık kullanılan envanterler arasında yer almaktadır. Pek çok çalışmada ağrıyla başetme yöntemleri hem aktif hem de pasif başetme stratejilerini inceleyen Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri (Jensen vd., 1995) ve hem Kronik Ağrıyla Başetme Envanteri'nin hem de Başetme Stratejileri Ölçeği'nin alt ölçeklerinden iki maddenin seçilmesiyle oluşturulan kısa formlar (Jensen vd., 2003) ile ölçülmektedir. Son olarak çalışmalarda genel özetkinliği değerlendirmede Genel Özetkinlik Ölçeği'nin (Sherer vd., 1982) kullanıldığı görülmekle birlikte Artirit Özetkinlik Ölçeği (Lorig vd., 1989), Egzersiz Özetkinlik Ölçeği (Resnick ve Jenkins, 2000) ve Kronik Ağrı Özetkinlik Ölçeği (Anderson vd., 1995) gibi ölçeklerle hastalığa özgü özetkinlik de ölçülmektedir.

Ağrı yaşantısı, tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunu olmasına rağmen yapılan çalışmaların yine de başlangıç aşamasında olduğu ve konuya ilişkin ilginin gün geçtikçe arttığı görülmektedir. Daha önce söz edildiği gibi psikoloji disiplinde kronik ağrı yaşantısının incelendiği pek çok çalışmada çoğunlukla psikososyal değişkenlere öncelik verilmektedir. Bu çalışmaların da büyük çoğunluğu betimsel özellikte olup sadece belirli hastalık gruplarını içermektedir. Yabancı literatürdeki pek

çok çalışma ise genel popülasyonda ya da sadece huzurevi örneklerinde yürütölmektedir. Bu durum, bu çalışmalardan elde edilen bilgileri hali hazırda bir kronik ağrı yaşantısı olan kişilere genellemeyi zorlaştırmaktadır. Diğer yandan Türkiye’de ve dünyada ise tüm bu değişkenleri bir arada ele alıp inceleyen çalışmalara rastlanmamaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında kronik ağrının bir stres türü olarak ele alındığı ve ağrıya bağılı hem olumlu hem de olumsuz fiziksel sonuçları başetme stratejilerinin ve özetkinlik nasıl etkilediğini yeni bir bakış açısıyla inceleyen bir çalışmaya ihtiyaç olduğu görölmektedir. Tüm bu ilişkiler doğası gereğı değişken olabileceğinden daha geniş boyutta sorulan araştırma sorularıyla incelenmesinin olası tüm soruları sormak açısından daha önemli olduğu düşünölmektedir. Bu doğrultuda izleyen bölümde bu çalışmanın amaç ve araştırma soruları aktarılacaktır.

Amaç ve Araştırma Soruları

Bu çalışmanın temel amacı, bir stres türü olarak ele alınan kronik ağrının ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi üzerindeki etkisini incelemek ve bu etkide ağrıya aktif ve pasif başetme stratejilerinin ve hem genel hem de ağrıya özgü özetkinliğin aracı rollerini araştırmaktır. Literatür bölümünde ele alınan çalışmalara bakıldığında, kronik ağrı yaşantısını inceleyen çalışmalar, çoğunlukla hem fiziksel (ağrıya bağlı engellilik düzeyi) hem de psikolojik (depresyon ve anksiyete belirtileri) olarak olumsuz sağlık sonuçlarına odaklanmaktadır (örn; Arola vd., 2010; Hilderink vd., 2012; Hurwitz vd., 2003; Lerman vd., 2015). Ağrıya bağlı engellilik düzeyi, ağrıya ilgili temel sonuç değişkenlerden biri olmaktadır. Diğer yandan kronik ağrı yaşantısıyla birlikte hastaların ev işleri, ev dışında yapılan işler, mesleki işler, eğlence/sosyal aktiviteler gibi tüm yaşam alanlarına yayılan günlük aktivite düzeylerinin de azaldığı dikkat çekmektedir (Azevedo vd., 2012). Bu doğrultuda ağrı yönetiminde ağrıya bağlı engellilik düzeyi kadar (günlük) aktivite düzeyini etkileyen faktörleri ele almak da önemli olmaktadır.

Diğer yandan kronik ağrı yaşantısının etkilerini inceleyen çalışmalarda ağrı şiddetini bir sonuç değişkeni olarak ele alan çalışmalar çoğunluktadır (Arola vd., 2010; Jensen, Turner ve Romano, 2007; Kroenke vd., 2011; Tan vd., 2011). Ancak ağrı şiddeti değişmesi beklenen bir sonuç olarak ele alındığında beklenen sonuca ulaşamadığı ve psikososyal değişkenler (örn; özetkinlik) ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkilerin düşük güçte olduğu görülmektedir (örn; Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Öte yandan ağrı şiddetini ağrıya ilgili sonuçları (ağrıya bağlı engellilik, fiziksel işlevsellik gibi) etkileyen bir değişken olarak ele alan çalışmalar da bulunmaktadır (Ferreira-Valente vd., 2011; Ferreira-Valente vd., 2014; Jensen vd., 1995; Riddle vd., 2011; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011). Tüm bu bilgiler sağlık psikolojisi perspektifiyle değerlendirildiğinde kronik ağrı bir stres olarak ağrıya bağlı sonuçları etkileyen bir değişken olarak ele alınabilir. Nitekim Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli'ne dayanan bu yaklaşımda kronik ağrı yönetilmesi gereken bir stres kaynağı olmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Ağrı bir stres türü olarak ele alındığında en önemli sorun, bu stresin nasıl ölçüleceği olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kronik ağrının çoğunlukla sadece şiddet olarak değerlendirildiği ve ağrı şiddetini ölçmekte tüm dünyada yaygın olarak Görsel Analog Skalası'nın (GAS) (Bryant, 1993) kullanıldığı görülmektedir. Son bir haftalık ortalama ağrı şiddetini değerlendiren GAS, ağrı şiddetine ilişkin bilgi vermekle birlikte duyuşsal ve duygusal bir yaşantı olarak ağrı yaşantısını değerlendirmekte yeterli olmamaktadır (Fillingim vd., 2016; Puntillo ve Naidu, 2018; Salaffi vd., 2015). Sadece ağrı şiddetine odaklanmak, ağrının duygusal bileşenini değerlendirmek açısından eksik kalmaktadır. Diğer yandan geçmişe dayalı ölçümlerin en büyük eleştirisi ise hatırlamaya dayalı hataları barındırmasıdır.

Transaksiyonel modele göre stres düzeyini belirlemede olayın sıklığı (meydana gelme derecesi) ve şiddeti (kişide oluşturduğu etki diğer bir değişle rahatsızlık düzeyi) bir arada ele alınmalıdır. Özellikle ağrının sıklığını ölçmek, çok şiddetli olmasa da çok sık ağrı yaşayan kişiler açısından önemlidir (Salamon vd., 2014). Bu doğrultuda, ağrı yaşantısının oluşturduğu stres düzeyini değerlendirmek için ayrıca “ağrı sıklığı” ve “rahatsızlık düzeyinin” çarpım olarak ele alınması önerilmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada ağrı stresi “ağrı şiddeti”, “çok boyutlu ağrı şiddeti” ve “ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi” olmak üzere üç farklı şekilde ölçülmüştür.

Ağrı yönetiminde başetme stratejilerinin ve özetkinliğin önemine ilişkin vurgu artmaktadır. Ancak çalışma sonuçlarında hem tutarlı olmayan bulguların gözlenmesi hem de dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu değişkenleri bir arada inceleyen çalışmaların kısıtlılığı; bu değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu durum, kronik ağrıyı bir sonuç olarak ele almak yerine ağrının oluşturduğu stresi uyum sağlanması gereken bir durum olarak ele alan bir bakış açısını akla getirmektedir. Bu doğrultuda ağrıya uyum sağlamakta başetme stratejilerinin ve özetkinliğin nasıl rol oynadığını incelemek önemli görülmektedir. Diğer yandan konuyu psikoloji disiplini içerisinde ele alan çalışmalarda çoğunlukla kronik ağrı hastalarının duygusal stres düzeylerine odaklanıldığı görülmektedir. Söz konusu çalışmalar hastaların duygusal stres düzeylerine ışık tutmak açısından çok değerlidir. Bu çalışma ise söz edilen

Çalışmalardan farklı olarak biyopsikososyal bakış açısıyla kronik bir stres durumunda, kişilerin psikososyal özellikleri ile fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemektedir. Bir stres türü olarak ağrının etkileri incelenirken yaşamdaki diğer stres faktörlerinin diğer bir değişle yaşam stresinin kontrol edilmesi önemli olmaktadır. Ayrıca söz konusu ilişkileri incelerken sosyodemografik bazı değişkenlerin bu ilişkileri etkileme potansiyeli bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik ve ağrı süresi gibi ağrıya ilgili değişkenlerin de kontrol edilmesi gerekli gözükmektedir. Bu bilgiler ışığında çalışmanın ilk sorusu şöyledir:

1. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, aktif başetme, pasif başetme, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik bir arada ağrıya bağlı engellilik düzeyini yordamakta mıdır?

1.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

1.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde aktif başetme ve pasif başetme değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

1.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

Ağrı yönetiminde özellikle ağrıya bağlı engellilik düzeyi gibi olumsuz sağlık sonuçları açısından başetme stratejilerinin öneminin vurgulandığı görülmektedir (rn; Hoffman vd., 2007). Daha açık ifadeyle pasif (maldaptif) başetme stratejilerinin ağrıya

bağlı engellilik açısından riskli olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (örn; Ferreira-Valente vd., 2011; Ferreira-Valente vd., 2014; Jensen vd., 1995). Diğer yandan aktif başetme stratejilerinin engellilik düzeyiyle ilişkisi tutarlı olarak gösterilememektedir (Riddle vd., 2011; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011). Diğer yandan çalışmalarda kronik ağrı ağrı şiddeti olarak ve çoğunlukla tek bir ölçüm ile ele alınmaktadır. Ancak mevcut tez çalışması, daha önce de aktarıldığı gibi Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984) bağlamında ağrıyı bir stres dolayısıyla bir yordayıcı değişken olarak kavramsallaştırmaktadır. Yine Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984), kişilerin yaptığı birincil değerlendirmeler ile kullandıkları başetme stratejilerinin de değişeceğine ve böylece ağrı sonuçlarının şekilleneceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla bu modelde ağrıyla başetme stratejileri aracı değişken olarak sunulmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın ikinci sorusu şöyledir:

2. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif ve pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

2.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

2.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

Kronik ağrı hastalarında özetkinliğin da ağrıyla ilgili sonuçlar açısından önemine işaret eden pek çok çalışma bulunmaktadır (örn; Costa vd., 2011; Foster vd., 2010; Jackson, Wang ve Fan, 2014; Turner, Holtzman ve Mancl, 2007). Ayrıca ağrı şiddeti olarak ölçülen kronik ağrı ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında özetkinliğin rolüne odaklanan çalışmalar da vardır (örn; Arnstein, 2000; Brekke vd.,

2003; Costa vd., 2011; Denison vd., 2004). Bu doğrultuda araştırmanın üçüncü sorusu şöyledir:

3. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

3.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide genel özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

3.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya özgü özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

Literatürde ağrı sonuçları açısından özetkinliğin önemine işaret eden diğer çalışmalar ise özetkinlik ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkide başetme stratejilerinin rolünü incelemektedir. Bu çalışmalar, özetkinliği yüksek olan kişilerin aktif başetme yöntemlerini, pasif başetme yöntemlerinden daha fazla kullandıklarına işaret etmektedir (örn; Brown ve Nicassio, 1987; Ferreira-Valente, Pais Ribeiro ve Jensen, 2014; Strahl, Kleinknecht ve Dinnel, 2000; Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Ayrıca çalışmalarda genel özetkinliğe ilişkin ölçüm alınırken bazı çalışmalar hastalığa ya da duruma özgü özetkinliği de incelemektedir. Bu çalışmada özetkinlik hem genel özetkinlik hem de ağrıya özgü özetkinlik puanlarıyla hesaplanmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın dördüncü sorusu şöyledir:

4. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya aktif ve pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.d. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

Kronik ağrı yaşıntısının etkilerini inceleyen çalışmalarda sonuç değişken olarak çoğunlukla ağrıya bağlı engellilik düzeyi, duygusal stres düzeyi (depresyon ve anksiyete belirtileri) gibi olumsuz sağlık sonuçlarının incelendiği görülmektedir (örn; Garbi vd., 2014; Hilderink vd., 2012; Hurwitz vd., 2003; Ferreira-Valente vd., 2011; Lerman vd., 2015). Ağrıya bağlı engellilik düzeyi gibi olumsuz sağlık sonucunu etkileyen faktörlerin incelenmesinin önemli olduğu kadar kronik ağrı yaşıntısı olan kişilerin günlük aktivitelerini sürdürmelerinde rol oynayan faktörleri incelemek de önemli olmaktadır. Kronik ağrı hastalarının ev içinde yaptıkları işler, ev dışında yaptıkları gündelik işler ve sosyal aktiviteler olmak üzere tüm aktivitelerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir (Azevedo vd., 2012). Bu sebeple aktivite düzeyi gibi ağrıya özgü olmayan genel ve olumlu bir sonuç değişkeni açısından başetme stratejilerinin ve özetkinliğin rolünün incelenmesi de önemlidir. Kişilerin sosyal işlevselliklerinin devamlılığında rol oynayan etkenleri belirlemek de bu araştırmanın kapsamı dahilindedir. Özellikle özetkinlik ve aktif başetme stratejileri olumlu sağlık sonuçları açısından etkili olmakta ve bu değişkenleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Dobkin vd., 2010). Diğer yandan aktivite düzeyi açısından ağrı stresinin rolünün de incelenmesi gerekli olmaktadır. Bu sebeple bu çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından sorulan araştırma soruları aktivite düzeyi açısından da sorulmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın beşinci sorusu şöyledir:

5. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, aktif başetme, pasif başetme, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik bir arada aktivite düzeyini yordamakta mıdır?

5.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

5.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde aktif başetme ve pasif başetme değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

5.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

Çalışmalar, kronik ağrı hastalarında özetkinlikteki gelişmenin özellikle olumlu sonuçlar açısından önemine işaret etmektedir (örn; Costa vd., 2011; Foster vd., 2010; Jackson, Wang ve Fan, 2014; Turner, Holtzman ve Mancl, 2007). Özetkinlik ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkileri inceleyen bir grup çalışma, bu değişkenler arasında ağrıyla başetme stratejilerinin aracı rolüne odaklanmaktadır (Ferreira-Valente vd., 2011; Turner vd., 2005). Diğer yandan özetkinlik ile pasif başetme arasındaki ilişkilerin daha az ele alındığı görülmektedir. Ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide özetkinlik ve ağrıyla başetme stratejilerinin aracı rolünü incelemek de çalışmanın hedefleri içindedir. Bu doğrultuda araştırmanın altıncı, yedinci ve sekizinci soruları şöyledir:

6. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif ve pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

6.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başatmenin aracı rolü var mıdır?

6.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başatmenin aracı rolü var mıdır?

7. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

7.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide genel özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

7.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya özgü özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

8. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif ve pasif başatmenin aracı rolü var mıdır?

8.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başatmenin aracı rolü var mıdır?

8.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başatmenin aracı rolü var mıdır?

8.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başatmenin aracı rolü var mıdır?

8.d. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başatmenin aracı rolü var mıdır?



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların özellikleri, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve toplanan verilerin hangi istatistik yöntemlerine göre analiz edildiğine ilişkin bilgiler detaylı olarak aktarılacaktır.

2.1. Katılımcılar

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na bağlı polikliniklerde tedavi gören 18 yaşından büyük ve en az üç aydır ağrı şikâyeti olan farklı hastalık (örn; romatoid artrit, osteoporoz, osteoartrit, fibromiyalji, baş ağrısı, bel ağrısı vs.) tanıları almış katılımcılarla yürütülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin hastalık tanıları, hastanedeki hekimler (dahiliye uzmanı, romatolog, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları vb.) tarafından konulmuştur.

Çalışmanın işleme kriterleri;

- Kronik (yani en az üç aydır devam eden) ağrı şikâyeti bulunması
- En az 18 yaşında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Gönüllük esasına uygun olarak çalışmayı sürdürmeyi istemek

Çalışmanın dışlama kriterleri;

- Çalışmanın niteliğini etkileyebilecek psikiyatrik bir hastalık ya da yaşantı bulunması
- Çalışmanın sürmesini zorlaştıracak dikkat ve algılama problemleri
- 18 yaşından küçük olmak
- İlkokuldan az eğitim düzeyinde olmak olarak belirlenmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın amacı doğrultusunda katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu ile birlikte Sosyodemografik Özellikler ve Ağrı Bilgi Formu, Ağrıyla Başetme

Envanteri, Genel Özyeterlilik Ölçeği, Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2, Görsel Analog Skalası, West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri ve Yaşam Değişimleri Anketi verilmiştir. İzleyen bölümde araştırmada kullanılan söz konusu veri toplama araçlarıyla ilgili detaylı bilgiler sunulacaktır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmaya katılan herkesin araştırmayla ilgili bilgilendirilmesi ve gönüllü katılım sağlaması amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bilgilendirilmiş Onam Formu, araştırmacının genel olarak amacını anlatmakta ve kişilerden araştırmaya gönüllü katılım izni almaktadır. Bilgilendirilmiş Onam Formu, EK 1’de sunulmaktadır.

2.2.2. Sosyodemografik Özellikler ve Ağrı Bilgi Formu

Araştırmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık ve psikopatolojik öyküleri ile ağrılarına ilişkin özellikleri hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsüne ilişkin sorular, kişinin birinci derece yakınlarında ya da şuan birlikte yaşamakta olduğu aile üyelerinde tanısı konmuş, tedavi gördüğü ya da görmekte olduğu süregiden bir kronik hastalık, psikolojik hastalık ya da kronik ağrı şikayeti olup olmadığını sorgulamaktadır. Ayrıca formda Transaksiyonel (Etkileşimsel) Stres ve Başaçıkma Modeli’ne (Lazarus ve Folkman, 1984) uygun olarak katılımcıların ağrı sıklığı (“Geçen ayı düşündüğünüzde ne sıklıkta ağrı yaşadınız”) ve rahatsızlık düzeyi (“Geçen ay yaşadığınız ağrılar sizi ne kadar rahatsız etti”) sorulmuştur. Ağrı sıklığı ve rahatsızlık düzeyi çarpımıyla hesaplanan puan, bu çalışmada ağrı stresini ölçmede kullanılan üç yöntemden birini oluşturmaktadır. Buna ek olarak kişilerin ağrılarının hangi durumlarda arttığı ve hangi durumlarda azaldığı durumlara ilişkin bilgiler de alınmıştır. Sosyodemografik Özellikler ve Ağrı Bilgi Formu, EK 2’de yer almaktadır.

2.2.3. Ağrıyla Başetme Envanteri (ABE)

Orijinal adı Pain Coping Inventory olan ölçek, kronik ağrı hastalarının ağrıyla başetmede kullandıkları davranışsal ve bilişsel stratejileri tespit etmek amacıyla Kraaiaam ve Evers (2003) tarafından geliştirilmiştir. ABE'nin orijinal formu, ağrıyı dönüştürme (örn; “ağrı yokmuş gibi davranırım”), uzaklaşma (örn; “hoş bulduğum bir şey yaparım”) ve talep azaltma (örn; “faaliyetlerime devam ederim ama daha az çabayla”) alt boyutlarını içeren aktif başetme; geri çekilme, (örn; “dışarıdayken olabildiğince çabuk eve dönmeye çalışırım”), endişelenme (örn; “her zaman ağrıya odaklanırım”) ve dinlenme (örn; “kendimi daha basit faaliyetlerle sınırlandırırım”) alt boyutlarını içeren pasif başetme olmak üzere toplam altı alt boyut ve 33 maddeden oluşmaktadır. Geçerlik güvenirlik çalışması romatoid artrit, baş ağrısı ve ayaktan takip edilen ağrı hastaları (pain clinic outpatients) olmak üzere heterojen bir grupta yapılmış olan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı alt faktörler için .62 (talepleri azaltma) ile .79 (endişe) arasında değişmektedir. ABE'nin Türkçe'ye uyarlaması romatizmal hastalıklar, fibromiyalji, bel ağrısı ve spesifik olmayan ağrı kategorilerini içeren 279 kronik ağrı hastasıyla yapılmıştır (Hocaoğlu, Sertel-Berk ve Ketenci, 2019). ABE, “uzaklaşma”, “ağrıyı dönüştürme”, “rahatlatıcı düşünme”, “endişe”, “dinlenme” ve “geri çekilme” olmak üzere altı alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Uzaklaşma, ağrıyı dönüştürme ve rahatlatıcı düşünme alt stratejileri aktif başetme; endişe, dinlenme ve geri çekilme alt stratejileri ise pasif başetmeyi oluşturmaktadır. Alt faktörlerin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları “uzaklaşma” için .76, “ağrıyı dönüştürme” için .77, “rahatlatıcı düşünme” için .53, “endişe” için .69, “dinlenme” için .73 ve “geri çekilme” için .61 olarak hesaplanmıştır. ABE, 1 (neredeyse hiç), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (çok sık) olmak üzere 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puan ilgili alt ölçeklerdeki stratejiyi daha fazla kullanmak anlamına gelmektedir. Katılımcıların aktif ve pasif başetme yöntemlerini ne sıklıkta kullandıklarını değerlendiren ABE, EK 3'te yer almaktadır. Ağrıyla Başetme Envanteri'nin bu çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .72; aktif başetme için .74; pasif başetme için .77 olarak hesaplanmıştır.

2.2.4. Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ)

Genel Özyeterlilik Ölçeği'nin özgün formu, kişilerin “sosyal yeterlilik” ve herhangi bir konuya özgü olmayan “genel yeterlilik” algılarını değerlendiren iki alt ölçeği içermektedir. Ölçeğin özgün formu, “genel özyeterlilik” ve “sosyal özyeterlilik” alt ölçekleri olmak üzere 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık değeri “genel özyeterlilik” alt ölçeği için .86, “sosyal özyeterlilik” alt ölçeği için ise .71 olarak hesaplanmıştır. Yazarlar ölçeğin psikometrik özelliklerini göz önünde bulundurarak genel özyeterlilik alt ölçeğinin kendi başına kullanılmasını önermişlerdir (Sherer vd., 1982, Sherer ve Adams 1983). Bu sebeple literatürde yaygın olarak 17 maddeden oluşan Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ) kullanılmaktadır. GÖÖ, Türkçe'ye Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır. Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ölçek "başlama", "yılmama" ve "sürdürme çabası-ısrar" olmak üzere üç faktöre ayrılmıştır. 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters kodlanmıştır. 5'li Likert tipi olarak ölçüm alınan ölçekten alınan yüksek puan kişinin özyeterlilik düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada kişilerin genel özetkinliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmış olan GÖÖ, EK 4'te yer almaktadır. Genel Özetkinlik Ölçeği'nin bu çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır.

2.2.5. Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 (AÖÖ-2)

Literatürde özetkinliğin genel bir özellik olarak ele alındığını belirten kuramcılar (Harrison vd., 1996; Scherbaum vd., 2006) olmakla birlikte Bandura ve arkadaşları (1997), belirli bir eylemi gerçekleştirmede "göreve özgü özetkinlik" düzeyinin önemine işaret etmektedir. Bu sebeple bu çalışmada katılımcıların genel özetkinlikleriyle birlikte ağrıya özgü özetkinlikleri de ölçülmüştür. Bandura (1989), özetkinliği değerlendirmede önemli bir noktanın bir zorluk ve engelle karşılaşıldığında devam edilebileceğine dair inançları ölçmek olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda Nicholas (2007), çeşitli kronik ağrı gruplarından oluşan bir örnekleme kişilerin ağrıya rağmen işlevselliklerine devam edebilmelerine dair inançlarını sorgulayan 10 maddelik Ağrı Özetkinlik Ölçeği'ni (Pain Self-Efficacy Questionnaire – PSQ)

geliştirmiştir. Sonrasında Nicholas, McGuire ve Asghari (2015), 10 maddelik formu 1418 kronik ağrı hastasına ulaşılarak kısaltmışlar ve Ağrı Özetkinlik Ölçeği-2 kısa formunu geliştirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, AÖÖ-2 ile 10 maddelik AÖÖ'nin geçerlik güvenirliklerinin benzer olduğu görülmüştür. Cronbach Alpha iç tutarlılık değerleri 2 maddelik kısa form için .87, 10 maddelik form için ise .86 olarak hesaplanmıştır. Bu tez çalışmasında katılımcıların ağrıya özgü özetkinlik düzeyleri araştırmacılar tarafından bu iki maddenin Türkçe'ye çevrilerek kullanılmasıyla ölçülmüştür. Katılımcılara “ağrıma rağmen yapmam gereken işleri sürdürebileceğime inanıyorum” ve “ağrıma rağmen günlük hayatımı sürdürebileceğime inanıyorum” ifadelerini 1 (beni hiç tanımlamıyor) ve 5 (beni çok iyi tanımlıyor) arasında 5'li Likert tipi olarak değerlendirmeleri yönergesi verilmiştir. AÖÖ-2'den alınan yüksek puan, kişilerin ağrıya özgü özetkinliklerinin arttığına işaret etmektedir. Kişilerin ağrıya özgü özetkinliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan AÖÖ-2, EK 5'te sunulmaktadır. Bu çalışmada AÖÖ-2'nin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır.

2.2.6. Görsel Analog Skalası (GAS)

Literatürde ağrı şiddetini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Skalası, Bryant (1993) tarafından geliştirilmiştir. 100 mm. uzunluğunda olan skalanın bir ucunda "0", diğer ucunda "10" sayısı bulunmaktadır. Kişi, “hiç ağrım yok” ile “olabilecek en şiddetli ağrı” arasında ağrısını değerlendirmektedir. Kişilere son bir hafta içinde yaşadıkları ağrıyı en iyi tanımlayan rakamı işaretlemeleri yönünde bir yönerge verilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların ağrı streslerini belirlemek için kullanılan araçlardan biri olan ağrı şiddetini ölçmek için kullanılan GAS, EK 6'da görülmektedir.

2.2.7. West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri (WHYÇBAE)

West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri (WHYÇBAE), bilişsel davranışsal model temel alınarak kronik ağrısı olan kişilerde ağrının bilişsel, davranışsal ve duygusal görünümünü değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (Kerns vd., 1985). WHYÇBAE, kanser ağrısı, fibromiyalji, baş ağrısı,

temporomandibular rahatsızlıklar, kronik sırt ve bel ağrısı gibi çok çeşitli kronik ağrı gruplarında kronik ağrının fiziksel ve psikolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Andreu vd., 2006; Turk vd., 1998). Ölçek hem ağrının yeri, şiddeti, niteliği gibi özelliklerini hem de ağrı ile ortaya çıkan fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri değerlendirmektedir. Ölçeğin son bölümü ise ağrının hastaların hayatlarına (örn; mesleki, sosyal, evlilik, fiziksel vb.) olan etkilerinin ve kullanılan başatme stratejilerinin neler olduğunu incelemektedir (Kerns vd., 1985).

WHYÇBAE, “ağrı deneyimi”, “yakınların gösterdiği tepkiler” ve “günlük aktiviteler” olmak üzere üç boyuttan (12 alt boyut) ve 52 maddeden oluşmaktadır. “*Ağrı deneyimi*” boyutunun “ağrının etkileri (2, 3, 4, 8, 9, 13, 14, 17, 19)”, “yakınlarının desteği (5, 10, 15)”, “ağrı şiddeti (1, 7, 12)”, “başatme (11, 16)” ve “olumsuz düşünce (6, 18, 20)” olmak üzere beş alt boyutu vardır. “*Yakınların gösterdiği tepkiler*” boyutunun “cezalandırıcı tepkiler (1, 4, 7, 10)”, “memnun edici tepkiler (2, 5, 8, 11, 13, 14)”, “dikkati başka tarafa çeken tepkiler (3, 6, 9, 12)” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. “Günlük aktiviteler” boyutu ise “ev işleri (1, 5, 9, 13, 17)”, “ev dışında yapılan işler (2, 6, 10, 14, 18)”, “evden uzakta yapılan aktiviteler (3, 7, 11, 15)” ve “sosyal aktiviteler (4, 8, 12, 16)” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. “Günlük aktiviteler” boyutunda yer alan tüm aktivitelerle ilgili maddelerin toplamı, aynı boyut altında “genel aktiviteler” olarak ele alınmaktadır (Kerns vd., 1985). Envanterdeki yanıtlar 0 (hiç/asla) ile 6 (aşırı derecede/çok sık) arasında 7’li Likert tipi olarak değerlendirilmektedir. Her alt boyutun puanı, o alt boyutta yer alan maddelerin toplamının madde sayısına bölümüyle elde edilmektedir. İlgili alt boyuttan alınan yüksek puan, o alt boyutun ölçtüğü durumun yüksekliğine işaret etmektedir. Örneğin; günlük aktiviteler boyutu için puanların artması, bireylerin günlük aktiviteler katılımlarının artmasına karşılık gelmektedir. Türkçe’ye uyarlaması kanser tanısı alan 520 hastayla yapılan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık değerleri “ağrı deneyimi” için .85, “yakınların gösterdiği tepkiler” için .60 ve “günlük aktiviteler” için .83 olarak hesaplanmıştır (Altın vd., 2016).

Bu çalışmada kronik ağrıyla ilgili iki temel sağlık sonucu olan ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyini değerlendirmek için WHYÇBAE’nin alt boyutları

kullanılmıştır. WHYÇBAE'nin "ağrı etkileri" alt boyutu bu çalışmada kronik ağrı hastalarının ağrıya bağlı engelliliklerini; "günlük aktiviteler" alt boyutu ise aktivite düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca WHYÇBAE'nin "ağrı şiddeti" alt boyutu, "şu andaki ağrınızı ölçekte belirtiniz", "geçen haftadan beri ağrılarınız ne kadar şiddetli", "ağrınızdan dolayı ne kadar acı çekiyorsunuz", sorularını bir arada sorarak, ağrı şiddetini çok boyutlu olarak değerlendirmektedir. Bu çalışmada, WHYÇBAE'nin ağrı şiddeti alt boyutu, "çok boyutlu ağrı şiddeti" olarak adlandırılarak ağrı stresine ilişkin alınan ölçümlerden birisi olarak kullanılmıştır. EK 7'de sunulan WHYÇBAE'nin bu çalışmada iç tutarlılık katsayıları, ölçek için .77; ağrı etkileri alt ölçeği için .82; ağrı şiddeti alt ölçeği için .80 ve günlük aktivite için de .80 olarak hesaplanmıştır.

2.2.8. Yaşam Değişimleri Anketi (YDA)

Orijinal formu, Sarason ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen Yaşam Değişimleri Anketi, Holmes ve Rahe (1967) tarafından geliştirilen Sosyal Uyumu Değerlendirme Ölçeği'nde yer alan maddelere göre oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinal formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm pek çok insan için yaygın olan olayları içeren 47 maddeden (evlilik, yakın birinin kaybı vs.), ikinci bölüm ise öğrenciler için uygun olabilecek 10 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, son dönemde kişilerin hayatında stresli olabilecek yaşam olaylarını ve bu olayların kişiler için etkisini -3 (çok olumsuz) ile +3 (çok olumlu) arasında 7'li Likert tipi olarak değerlendirmektedir. Ölçekten alınan puanlara göre üç yaşam değişim puanı elde edilmektedir: katılımcıların pozitif olarak değerlendirdiği olaylardan elde edilen puan, katılımcıların negatif olarak değerlendirdikleri olaylardan elde edilen puan ve tüm durumları içeren toplam puan.

Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması üniversite öğrencilerinden oluşan bir grupta yapılmıştır. Test tekrar test için güvenirlik katsayıları, pozitif olaylar için .19 ile .53; negatif olaylar için .56 ile .88; toplam puan için ise .63 ile .64 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçeğin test-tekrar test değerleri arasındaki bu değişkenlik, örneklem sayısının az olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Sarason, Johnson ve Siegel, 1978). Türkçe uyarlaması Aytar (1985) tarafından yapılan ölçeğin, bu

çalışmada örneklemin özellikleri göz önünde bulundurularak sadece ilk bölümü kullanılmış ve ölçek toplam puan olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, kronik ağrının oluşturduğu stresi ölçerken ağrı dışında kişilerin hayatlarındaki diğer stres faktörlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmış olan Yaşam Değişimleri Anketi, EK 8’de yer almaktadır. Yaşam Değişimleri Anketi’nin bu çalışmada hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .60’dır.

2.3. Uygulama

Çalışmaya başlamadan önce G-Power programında araştırmada yer alması planlanan değişkenlere göre orta güçte bir çalışma için kaç kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmanın değişkenlerine göre program 120 kişiyi önermiştir. Olabilecek vak’a kayıpları göz önünde bulundurularak araştırmada 150 kişiye ulaşılması hedeflenmiş 167 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama sürecine başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan çalışma için etik kurul onayı alınmıştır. Ardından İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Anabilim Dalı Kurulu’nda yapılan protokolle danışman olarak Prof. Dr. Ayşegül Ketenci belirlenerek çalışmanın FTR anabilim dalındaki polikliniklerde yürütülmesi uygun görülmüştür. Etik onaylar alındıktan sonra çalışmanın İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümüne başvuruda bulunan hastalardan kronik ağrı şikâyeti olanların hekimler tarafından yönlendirilmesi istenmiş ve doktor randevularını bekleyen hastalara rastgele olarak ulaşılmıştır. Çalışmanın verilerinin toplanmasında İstanbul Üniversitesi Psikoloji bölümünde eğitimine devam eden öğrencilerden gönüllü olanlar görev almıştır. Öncelikle öğrencilere çalışmanın amacıyla ilgili teorik eğitim verilmiş, ardından araştırmacının gerçekleştirdiği bir görüşmenin izlenmesi sağlanmış ve sonrasında araştırmacının süpervizörlüğünde hastalarla bire bir görüşülerek bataryada yer alan ölçeklere ilişkin bilgiler alınmıştır. Bir katılımcıyla çalışmanın yürütülmesi kişilerin özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

Analizlere başlamadan önce veriler kontrol edilmiş ve temizlenmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü 100'ün üzerinde olduğundan analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Bu bağlamda öncelikle katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve ağrıya ilişkin özellikleri betimsel istatistiki yöntemlerle (ortalama, standart sapma, ranj, sıklık dağılımları) değerlendirilmiştir. Hem araştırma değişkenleri hem de yordanan ve yordayıcı değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayısı Analizi ile incelenmiştir. Kronik ağrı hastalarının fiziksel sağlık sonuçları olan ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyleri üzerinde hangi değişkenlerin yordayıcı etkisinin olduğu Doğrusal Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analiziyle ayrı ayrı incelenmiştir. Son olarak araştırmada aracı rolü incelenen değişkenler için Hiyerarşik Doğrusal Aracı Regresyon Analizi kullanılmıştır. Baron ve Kenny (1986) aracı regresyon analizlerinin yapılması için bazı önerilerde bulunmuştur. Bu çalışmada da bu öneriler doğrultusunda analizler yürütülmüştür. Bu önerilere göre öncelikle yordayıcı, aracı ve yordanan değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin anlamlı olması gerekmektedir. Ardından yordacı ile medyatör ve yordanan değişken; medyatör ile de yordanan değişken arasında yürütülen Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçlarının anlamlı olması gerekmektedir. Son aşamada aracı değişken denkleme sokulduğunda yordayıcının yordanan değişken üzerindeki yordayıcı etkisinin nasıl değiştiği değerlendirilmektedir. Aracı değişken analize sokulduğunda yordayıcı ile yordanan arasındaki ilişki anlamlılığını yitiriyorsa tam aracı etkinin olduğu varsayılmaktadır. Eğer analizin bu son aşamasında aracı değişken kontrol edildiğinde yordayıcı ile yordanan arasındaki ilişki, anlamını korumakla birlikte azalma gösteriyorsa bu azalmanın anlamlı düzeyde olup olmadığı ileri istatistik analizi olan Sobel Z testi ile incelenmektedir. Bu çalışmada yürütülen aracı etki analizleri için bu önerilere uyulmuş ve ayrıca tüm regresyon analizlerinde yordanan değişkenle anlamlı düzeyde ilişki gösteren kontrol değişkenleri analizin birinci bölümünde regresyon denklemine dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi ve cinsiyet değişkenleri kategorik değişkenler olduğundan analize sokulmadan önce dummy değişken olarak kodlanmıştır. Araştırmanın analizleri SPSS 21.0 programı ile yürütülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın bulguları iki başlıkta ele alınmaktadır: Öncelikle çalışmada yer alan katılımcıların sosyodemografik ve ağrıya ilişkin özelliklerine ilişkin betimsel bulgular aktarılacaktır. Betimsel bulgular içinde hem katılımcılara hem de çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin betimsel bulgular yer almaktadır. Ardından araştırmanın temel hedefi doğrultusunda ağrıya bağlı engellilik düzeyinin ve aktivite düzeyinin yordayıcılarına ilişkin yürütülen analizlere ilişkin bulgular aktarılacaktır. Son olarak yordayıcı ve yordanan değişken arasında aracı rolü incelenen değişkenlere ilişkin bulgular da sunulacaktır.

3.1. Betimsel Bulgular

3.1.1. Katılımcılara İlişkin Betimsel Bulgular

Tamamı kronik ağrı hastası (en az üç aydır kronik ağrı tanısı olan), en az 18 en fazla 76 yaşındaki bireylerden oluşan örneklemin yaş ortalaması 47.11'dir (S.S.=12.76). Katılımcıların çoğunluğu kadın hastalardan oluşmaktadır (%85; N=142). Hastalık gruplarının dağılımına bakıldığında; katılımcılar fibromiyalji sendromu (%34.1; N=57), bel ağrısı (%14.4; N=24), romatoid artrit (%7.8; N=13) ve diğer ağrılar (%43.7; N=73) olmak üzere dört başlık altında yer almaktadır. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında, çoğunluğun ilkokul mezunu (%35.9; N=60) olduğu ardından lise (%25.7; N=43) ve üniversite (%20.4; N=34) mezunlarının geldiği görülmektedir. Katılımcıların geri kalan %15.6'sı (N=26) ortaokul mezunu olduklarını, %2.4'ü (N=4) lisansüstü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Yarısından fazlası (%66.4; N=111) orta düzey gelirdede olduğunu bildiren katılımcıların geri kalan %15.6'sı (N=26) düşük, %17.4'ü (N=29) iyi ve %0.6'ya denk gelen sadece 1 kişi çok iyi gelir düzeyinde olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu evli (%80.2; N=134), geri kalanlar ise bekar (%14.4; N=24) ve boşanmış (%5.4; N=9) bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %71.9'u (N=120) bir ilaç tedavisi aldığını ve tamamına yakını (%96.4; N=161) sosyal güvencesi olduğunu bildirmiştir. "Ailede kronik bir hastalık yaşayan var mı" sorusuna katılımcıların %68.9'u (N=115) "evet" yanıtını

verirken; %73.7'si (N=123) ise “ailede bir psikolojik hastalık yaşıyan var mı” sorusunu “hayır” olarak yanıtlamıştır. Çalışmaya katılan kişilerin %65.3'ü (N=109) ailelerinde ağrı öyküsü olan birisinin olduğunu bildirmiştir. Son olarak bu çalışmada yer alan kronik ağrı hastalarının yarısını aşkını (%52.1; N=87) sağlık durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve ağrı ile ilgili özelliklerine ilişkin sıklık dağılımları Tablo 3.1.'de sunulmaktadır.



Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik ve ağrı özelliklerine ilişkin sıklık dağılımları

Değişkenler (N= 167)		N	%
Cinsiyet	Kadın	142	85
	Erkek	25	15
Hastalık tanısı	FMS	57	34.1
	BEL AĞRISI	24	14.4
	RA	13	7.8
	DİĞER AĞRILAR	73	43.7
Eğitim durumu	İlkokul	60	35.9
	Ortaokul	26	15.6
	Lise	43	25.7
	Üniversite	34	20.4
	Lisansüstü	4	2.4
Gelir düzeyi	Düşük	26	15.6
	Orta	111	66.4
	İyi	29	17.4
	Çok iyi	1	0.6
Medeni durum	Evli	134	80.2
	Bekar	24	14.4
	Boşanmış	9	5.4
İlaç tedavisi	Var	120	71.9
	Yok	47	28.1
Sosyal güvence	Var	161	96.4
	Yok	6	3.6
Ailede kronik hastalık	Var	115	68.9
	Yok	52	31.1
Ailede psikolojik hastalık	Var	44	26.3
	Yok	123	73.7
Ailede ağrı öyküsü	Var	109	65.3
	Yok	58	34.7
Sağlık durumu	İyi	35	21
	Orta	87	52.1
	Kötü	45	26.9

FMS: Fibromiyalji Sendrom, RA: Romatoid Artrit

Katılımcıların ağrılarına ilişkin klinik özellikleri de incelenmiştir. Çalışmaya katılan kronik ağrı hastalarının ağrı süreleri ortalama 9.38 yıldır (S.S.= 9.15). Son bir ay içinde yaşanan “ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi” ile ölçülen ağrı stresi ortalamaları 16.62 (S.S.=7.11) olan katılımcıların, son bir haftalık ağrı şiddetini değerlendiren GAS ile ölçülen ağrı stresleri ise ortalama 6.62 (S.S.=2.45)’dir. Çalışmaya katılan kişilerin “çok boyutlu ağrı şiddeti” ile ölçülen ağrı streslerinin ise 12.05 (S.S.=4.01) olduğu görülmektedir. Katılımcıların klinik ağrı özelliklerine ilişkin ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve medyan değerleri Tablo 3.2.’de sunulmaktadır.

Tablo 3.2. Katılımcıların ağrı özelliklerine ilişkin minimum, maksimum, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri

	Min	Max	Ortalama	S.S.	Medyan
Ağrı süresi (yıl)	1	50	9.38	9.15	6.00
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	1	25	16.62	7.11	20.00
Ağrı şiddeti	1	10	6.62	2.45	7.00
Çok boyutlu ağrı şiddeti	0	18	12.05	4.01	12.00

3.1.2. Araştırmada Kullanılan Ölçümlere Dair Betimsel Bulgular

Betimsel bulguların ilk başlığında katılımcıların sosyodemografik ve ağrılarına ilişkin bulgular sunulmuştur. Bu başlıkta da öncelikle araştırmada kullanılan ölçümlere ilişkin bulgular sunulup ardından çalışmada yer alan tüm değişkenler arasındaki ilişkiler aktarılacaktır. Araştırma değişkenlerine ilişkin ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler Tablo 3.3.’te sunulmaktadır. Araştırmada yer alan değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkileri ise Tablo 3.4.’te yer almaktadır.

Tablo 3.3. Araştırma değişkenlerinin minimum, maximum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri

	Min	Max	Ortalama	Standart sapma	Medyan
Aktif başetme	9	31	18.51	4.82	19.00
Pasif başetme	18	50	32.17	7.08	32.00
Genel özetkinlik	24	85	65.55	11.82	68.00
Ağrıya özgü özetkinlik	2	10	7.83	2.14	8.00
Ağrıya bağlı engellilik	0	52	25.17	12.10	24.00
Aktivite	1	92	41.61	15.73	41.00
Yaşam stresi	-34	21	-5.38	9.40	-3.00

Tablo 3.4. Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki korelasyon değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Medeni Durum	1	-.136	-.009	.199*	-.172*	-.030	.014	.062	.084	.121	.016	-.172*	.004	.049	.043	.038
2.Yaş		1	-.068	-.187*	-.001	.289***	.134	-.007	-.058	.006	-.288***	.122	.137	-.217**	.030	.088
3.Cinsiyet			1	.227**	.064	-.075	.225**	-.190*	-.278***	-.200**	-.177*	-.117	-.184*	-.188*	.059	.144
4.Eğitim				1	.215**	-.067	.143	-.208**	-.200**	-.231**	-.022	.051	-.082	-.098	.181*	-.016
5.Gelir					1	-.065	.194*	-.149	-.139	-.141	-.198*	.227**	.053	-.181*	.085	.099
6.Süre						1	-.042	.070	.120	.065	.072	.002	-.006	-.045	-.012	.019
7.YDA							1	-.242**	-.244**	-.155*	-.418***	.178*	.102	-.241**	.274***	.178*
8.GAS								1	.766***	.442***	.322***	-.153*	-.082	.254**	-.003	-.065
9.ÇBAŞ									1	.479***	.518***	-.097	-.036	.315***	-.066	-.137
10.Sıklık x Rahatsızlık										1	.365***	-.222**	-.132	.220**	-.119	-.154*
11.Engellilik											1	-.180*	-.158*	.315***	-.250**	-.320***
12.Aktivite												1	.387***	-.243**	.310***	.287***
13.Aktif													1	-.033	.168*	.222**
14.Pasif														1	-.309***	-.342***
15.GÖÖ															1	.444***
16.AÖÖ																1

YDA: Yaşam Değişimleri Anketi (yaşam stresi); GAS: Görsel Analog Skalası; ÇBAŞ: Çok Boyutlu Ağrı Şiddeti; GÖÖ: Genel Özetkinlik Ölçeği; AÖÖ: Ağrı Özetkinlik Ölçeği
 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3.2. Araştırma Sorularının Analizleri

Bu çalışmada kronik ağrı yaşıntısı bir stres türü olarak kavramsallaştırılmış ve üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresinin ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyine olan etkileri incelenmiştir. Söz konusu ilişkide ağrıya başetme stratejilerinin ve özetkinliğin aracı rolleri de sınanmıştır. Ayrıca özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi arasındaki ilişkide de ağrıya başetme stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir. Bu başlıkta araştırmada toplam sekiz üst başlıkta sorulan sorulara ilişkin analiz bulguları aktarılacaktır.

Birinci araştırma sorusunda ağrıya bağlı engellilik düzeyinin en güçlü yordayıcılarının ne olduğu sorulmuştur. Bu doğrultuda birinci araştırma sorusu şöyledir: Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi, aktif başetme, pasif başetme, genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik bir arada ağrıya bağlı engellilik düzeyini yordamakta mıdır?

1.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi olarak ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

1.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde aktif başetme ve pasif başetme değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

1.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik değişkenlerinden hangisi ağrıya bağlı engellilik düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

Araştırma değişkenlerinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek amacıyla öncelikle yordayıcı değişkenler, yordanan değişken ve kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Söz konusu bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin korelasyon değerleri Tablo 3.5.'te sunulmuştur.

Tablo 3.5. Ağrıya bağlı engellilik ile araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri

		Ağrıya bağlı engellilik
Kontrol değişkenleri	Yaş	-.288**
	Cinsiyet	-.177*
	Yaşam stresi	-.418***
	Gelir düzeyi	-.198*
	Eğitim düzeyi	-.022
	Medeni durum	.016
	Ağrı süresi	.072
Yordayıcı değişkenler	Ağrı şiddeti	.322***
	Çok boyutlu ağrı şiddeti	.518***
	Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	.365***
	Pasif başetme	.508***
	Aktif başetme	-.158*
	Genel özetkinlik	-.250**
	Ağrıya özgü özetkinlik	-.320***

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Tablo 3.5.'ten izlenebileceği gibi ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile öncelikle kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Kontrol değişkenlerinden yaşam stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında negatif yönde, orta güçte ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir ($r=-0.418$; $p<0.001$). Yaşam stresi, bu çalışmada Yaşam Değişimleri Anketi ile ölçüldüğünden olumlu deneyimlerin artması (diğer bir deyişle yaşam stresinin azalması ile) ile engelliliğin azaldığı görülmektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile diğer bir kontrol değişkeni olan gelir düzeyi arasında negatif yönde, düşük güçte ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.198$; $p<0.05$). Gelir düzeyinin artması, ağrıya bağlı engelliliğin azalmasıyla ilişkili gözükmemektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile yaş arasında negatif yönde ve düşük güçte ilişki bulunmaktadır ($r=-0.288$; $p<0.01$). Daha açık ifade

edilirse yaş arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeyi azalmaktadır. Ağrıya bağlı engellilik ile cinsiyet arasında ise düşük güçte ve negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.177$; $p<0.05$). Bu sonuç kadın olmakla ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkinin erkeklere göre daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile diğer kontrol değişkenleri olan eğitim düzeyi, medeni durum ve ağrı süresi arasındaki ilişkilerin ise anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Korelasyon analizi sonuçlarına göre ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile ağrı stresi ölçümleri olan ağrı şiddeti ($r=0.322$, $p<0.001$), ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ($r=0.365$, $p<0.001$) ve çok boyutlu ağrı şiddeti ($r=0.518$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ve çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeyi de artmaktadır. Ağrıya bağlı engellilik ile çok boyutlu ağrı şiddeti arasında yüksek, ağrı şiddeti ve ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi arasında ise orta güçte ilişkiler gözlenmektedir.

Ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile ağrıyla başetme stratejileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile pasif başetme arasında pozitif yönde, yüksek güçte ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($r= 0.508$, $p<0.001$). Diğer yandan ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile aktif başetme arasında düşük güçte negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler gözlenmektedir ($r=-0.158$, $p<0.05$). Daha açık ifade edilirse kronik ağrı hastalarının pasif başetme stratejilerini daha çok kullanmaları ile ağrıya bağlı engellilik düzeyleri artarken; aktif başetme stratejilerini kullanmaları ile ağrıya bağlı engellilik düzeyleri azalmaktadır.

Özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkilere bakıldığında; ağrıya bağlı engellilik ile genel özetkinlik arasında düşük güçte ($r=-0.250$, $p<0.01$); ağrıya özgü özetkinlik arasında ise orta güçte ($r=-0.320$, $p<0.001$), negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, katılımcıların hem genel hem de ağrıya özgü özetkinlikleri arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeyleri azalmaktadır.

Genel olarak ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilere bakıldığında; yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile en güçlü ilişkiler çok boyutlu ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi, pasif başetme, ağrıya özgü özetkinlik ve genel özetkinlik arasında gözlenmiştir. Kontrol değişkenlerinden sadece yaşam stresi ve yaş ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında .20'nin üzerinde ilişki olduğu görülmüştür.

Yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendikten sonra araştırmanın ilk sorusuna cevap bulmak için ağrıya bağlı engellilik düzeyinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla korelasyon analizinde ağrıya bağlı engellilik ile anlamlı ve .20'nin üzerinde ilişki gösteren ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, pasif başetme, ağrıya özgü özetkinlik, genel özetkinlik, yaşam stresi ve yaş değişkenlerinin bir arada adımsal (stepwise) metot ile modele sokulduğu doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Analizde birinci blokta yaşam stresi ve yaş değişkenleri kontrol değişkenler olarak alınmıştır. İkinci blokta ağrı stresi ile ilgili ölçümler olan ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti ve ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi yer almaktadır. Üçüncü blokta ise pasif başetme, ağrıya özgü özetkinlik ve genel özetkinlik analize sokulmuştur. Analiz sonucunda yaşam stresi, yaş, çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, ağrı şiddeti ve pasif başetmenin bir arada ağrıya bağlı engellilikteki değişimin %50'sini açıkladığı bulgulanmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 3.6.'da sunulmaktadır.

Tablo 3.6. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde çok boyutlu ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresinin, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinin, ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresinin ve pasif başatmenin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine dair çoklu hiyerarşik regresyon analizi sonuçları

	ΔR^2	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>B</i>	<i>t</i>
Toplam	0.50				
Yaşam stresi	.175	35.022***	-.246	-.316	-4.239***
Yaş	.055	24.444***	-.167	-.158	-2.943**
Çok boyutlu ağrı şiddeti	.179	37.570***	.467	1.407	5.214***
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	.017	30.019***	.143	.244	2.265*
Ağrı şiddeti	.021	26.024***	-.234	-1.156	-2.700**
Pasif başatme	.072	28.759***	.294	.502	4.890***

Not: Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 3.6.'da görüldüğü gibi yaşam stresi %17 ($t = -4.239$, $p < 0.001$) ve yaş %5 ($t = -2.943$, $p < 0.01$) olmak üzere kontrol değişkenleri ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %22'sini açıklamaktadır. Çok boyutlu ağrı şiddetinin eklenmesiyle bu oran yaklaşık %40'a yükselmiştir ($t = 5.214$, $p < 0.001$). Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin eklenmesiyle ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %41'inin açıklanması mümkün olurken ($t = 2.265$, $p < 0.05$); modele ağrı şiddeti dahil olduğunda engellilik düzeyinin %43'ü açıklanmaktadır ($t = -2.700$, $p < 0.01$). Son olarak modele pasif başatme katıldığında ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %50'sinin açıklandığı görülmektedir ($t = 4.890$, $p < 0.001$). Yaşam stresi ve yaş değişkenleri kontrol edildiğinde de model anlamlılığını korumaktadır.

Bu sonuçlara göre araştırmanın birinci sorusunun cevabı şöyledir: Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, ağrı şiddeti ve pasif başatme bir arada yordamaktadır. Ağrı stresi puanları içinde ağrıya bağlı engellilik düzeyini en güçlü yordayıcı etkiye çok boyutlu ağrı şiddeti sahiptir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi açıklamakta pasif başatmenin gücü aktif başatmeden daha fazladır. Tüm değişkenler bir arada girildiğinde ne genel ne de ağrıya özgü özetkinlik ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi yordayıcı etkiye sahiptir.

Araştırmanın ikinci sorusunda ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla başatmenin aracı rolü sorgulanmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın ikinci sorusuna ilişkin iki alt başlık şöyledir:

2.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başatmenin aracı rolü var mıdır?

2.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başatmenin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın birinci sorusunda ağrıya bağlı engellilik düzeyini ağrı stresi ölçümleri içinde en güçlü yordayıcı etkiye sahip olan değişkenin çok boyutlu ağrı şiddetiyle ölçülen ağrı stresi olduğu görülmüştür (Tablo 3.6.). Bu sebeple 2. ve 3. araştırma sorularına yönelik analizlerde yordayıcı değişken olan ağrı stresi olarak çok boyutlu ağrı şiddeti puanı kullanılmıştır. Çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aracı etki analizleri yürütülürken kontrol değişken olarak yine yordanan değişkenle .20'nin üzerinde ilişki gösteren yaşam stresi ve yaş alınmıştır.

Araştırmanın ikinci sorusuna cevap aramak için çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla başatme yöntemlerinin aracı rolünün incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın ikinci sorusuna cevap aramak için çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif ve pasif başatmenin aracı rolünün incelenmesi hedeflenmiştir. Aracı etki analizlerinde öncelikle Baron ve Kenny (1986) tarafından koyulan kriterler sınanmıştır. Aktif başatmenin ağrıya bağlı engellilik düzeyiyle korelasyonu anlamlı olmasına rağmen (bkz. Tablo 3.5.) Basit Regresyon Analizinde bu anlamlılığın sürmediği görülmüştür. Bu sebeple aktif başatmenin aracı etkisine ilişkin analiz yapılamamıştır.

İkinci sorunun b şikkına cevap bulabilmek amacıyla çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında pasif başatmenin aracı rolü incelenmiştir.

Öncelikle Baron ve Kenny'nin (1986) kriterleri test edilip bu kriterlerin karşılandığı görülmüştür. Yaşam stresi ve yaş kontrol değişken olarak girilerek uygulanan hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi, pasif başetmenin medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan çok boyutlu ağrı şiddetinin yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobel Z testi uygulanarak sınanmıştır. Sobel Z testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlılığına işaret etmektedir. Bu durumda, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide pasif başetmenin kısmi aracı rolü bulunmaktadır (Sobel Z=4.034, $p<0.001$). Sonuçlar, Tablo 3.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başetmenin aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.498	.089	-.387	-5.594***	.000
Yaş	.05***	-.224	.066	-.236	-3.408***	.001
2. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.363	.081	-.282	-4.504***	.000
Yaş	.05***	-.213	.058	-.225	-3.695***	.000
Çok boyutlu ağrı şiddeti	.178***	1.316	.187	.437	7.028***	.000
3. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.304	.076	-.236	-3.981***	.000
Yaş	.05**	-.161	.055	-.170	-2.932**	.004
Çok boyutlu ağrı şiddeti	.178***	1.072	.182	.356	5.888***	.000
Pasif başetme	.144***	.517	.105	.302	4.919***	.000

*** $p<0.001$, ** $p<0.01$

Sonuçlara göre araştırmanın ikinci sorusunun cevabı şöyledir: Çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya aktif başetmenin aracı rolü gözlenmezken pasif başetmenin kısmi aracı rolü gözlenmiştir.

Çalışmanın üçüncü sorusu üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide hem genel hem de ağrıya özgü özetkinliğin aracı

rolü olup olmadığını sorgulamaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın üçüncü sorusunun iki alt başlığı şöyledir:

3.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide genel özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

3.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya özgü özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın üçüncü sorusundaki analizleri yürütmek için öncelikle Baron ve Kenny'nin (1986) kriterleri sınanmıştır. Ancak yordayıcı değişken olan çok boyutlu ağrı şiddetli ile medyatör değişken olarak aracı etkisinin incelenmesi planlanan genel özetkinlik ve ağrı özetkinlik arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (bkz. Tablo 3.4.). Bu sebeple araştırmanın üçüncü sorusuna ilişkin aracı değişken analizleri yürütülememiştir. Diğer bir değişle, çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide genel özetkinliğin ve ağrıya özgü özetkinliğin aracı etkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın ikinci ve üçüncü sorusunda ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında ağrıyla başetme ve özetkinliğin aracı rolüne ilişkin sorular sorulmuştur. Çalışmanın dördüncü sorusunda özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında ağrıyla başetmenin aracılığına ilişkin sorular sorulmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın dördüncü sorusunun alt başlıkları şöyledir:

4.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

4.d. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın dördüncü sorusunu cevaplamak amacıyla sırasıyla genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aktif ve pasif başetmenin aracı rolü incelenmiştir. Öncelikle genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aktif başetmenin aracı rolünün test edilmesi hedeflenmiştir. Baron ve Kenny (1986) tarafından konulan aracı etki analizine ilişkin kriterler sınandığında yaşam stresi ve yaş kontrol edilerek yapılan basit regresyon analizinde medyatör değişken olan ağrıya aktif başetmenin yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyini yordama gücünün anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu sebeple hem genel hem de ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında ağrıya aktif başetmenin aracı rolüne bakılamamıştır.

Araştırmanın dördüncü sorusunun b şikkına cevap almak için özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya pasif başetmenin aracı rolüne bakılmıştır. Baron ve Kenny'nin (1986) kriterlerinin karşılandığı görüldükten sonra genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya pasif başetmenin aracı rolünü incelemek amacıyla yaşam stresi ve yaş kontrol değişken olarak girilerek doğrusal medyatör regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamsızlaştığını göstermektedir. Anlamsız hale gelen B değerindeki bu düşüşün anlamlı olup olmadığı da Sobel Z testi ile sınanmış ve düşüşün anlamlı olduğu görülmüştür (Sobel $Z=-1.983$, $p<.05$). Bu doğrultuda genel özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde ağrıya pasif başetmenin tam aracılık ettiği görülmektedir. Sonuçlar Tablo 3.8.'de gösterilmektedir.

Tablo 3.8. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başetmenin aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.498	.089	-.387	-5.594***	.000
Yaş	.05***	-.224	.066	-.236	-3.408***	.001
2. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.446	.092	-.346	-4.865***	.000
Yaş	.05***	-.225	.065	-.237	-3.458***	.001
Genel özetkinlik	.016*	-.152	.072	-.148	-2.101*	.037
3. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.374	.085	-.290	-4.408***	.000
Yaş	.05**	-.155	.061	-.163	-2.553**	.012
Genel özetkinlik	.016	.047	.068	-.046	-.680	.497
Pasif başetme	.126***	.665	.115	.389	5.757***	.000

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Dördüncü sorunun son alt başlığı olan d şikkına cevap bulmak amacıyla yaşam stresinin ve yaşın kontrol değişken olarak girildiği doğrusal medyatör regresyon analizi, medyatör değişken olan ağrıya pasif başetmenin etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan ağrıya özgü özetkinliğin yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobel Z testi uygulanarak sınanmış ve yapılan Sobel Z testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olduğunu göstermiştir (Sobel Z=-2.940, $p < .01$). Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinde pasif başetmenin kısmi aracı rolünün olduğuna işaret etmektedir. Sonuçlar Tablo 3.9.'da gösterilmektedir.

Tablo 3.9. Yaşam stresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.498	.089	-.387	-5.594***	.000
Yaş	.05***	-.224	.066	-.236	-3.408***	.001
2. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.446	.087	-.346	-5.106***	.000
Yaş	.05***	-.209	.064	-.220	-3.287***	.001
Ağrıya özgü özetkinlik	.051***	-1.351	.382	-.239	-3.538***	.001
3. Adım						
Yaşam stresi	.170***	-.369	.082	-.287	-4.499***	.000
Yaş	.05**	-.152	.060	-.160	-2.532**	.012
Ağrıya özgü özetkinlik	.051*	-.745	.371	-.132	-.680*	.046
Pasif başatma	.105***	.614	.116	.359	5.312***	.000

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Bu doğrultuda araştırmanın dördüncü sorusunun cevabı şöyledir: Genel özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın tam aracı rolü varken; ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın kısmi aracı rolü vardır. Özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aktif başatmanın aracı rolü bulunmamaktadır.

Araştırmanın ilk dört sorusunda ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkide ağrıyla başatmanın ve özetkinliğin aracı rolüne ilişkin sorular analiz edilmiştir. Ayrıca özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki yordayıcı etkisinde de başatma stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir. Çalışmanın ikinci sonuç değişkeni olan aktivite düzeyi için de aynı sorular sorulmaktadır. Araştırmanın beşinci sorusunda aktivite düzeyini en güçlü yordayıcı etkiye sahip olan değişkenleri tespit etmeye dönük araştırma soruları sorulmuştur. Bu doğrultuda araştırmanın beşinci sorusu ve alt soruları şöyledir: Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi olarak ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti olarak ölçülen

ağrı stresi, aktif başetme, pasif başetme, genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik bir arada aktivite düzeyini yordamakta mıdır?

5.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi olarak ölçülen ağrı stresi, çok boyutlu ağrı şiddeti olarak ölçülen ağrı stresi değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

5.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde aktif başetme ve pasif başetme değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

5.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik değişkenlerinden hangisi aktivite düzeyini daha güçlü yordayıcı etkiye sahiptir?

Araştırma değişkenlerinin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek amacıyla öncelikle aktivite düzeyi ile yordayıcı değişkenler ve kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Aktivite düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi yapılmış ve korelasyon sonuçları Tablo 3.10.'da sunulmuştur.

Tablo 3.10. Aktivite düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri

	Aktivite düzeyi
<i>Kontrol değişkenleri</i>	
Yaş	.122
Cinsiyet	-.117
Yaşam stresi	.178*
Gelir düzeyi	.227**
Eğitim durumu	.051
Medeni durum	-.172*
Ağrı süresi	.002
<i>Yordayıcı değişkenler</i>	
Ağrı şiddeti	-.153*
Çok boyutlu ağrı şiddeti	-.097
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	-.222**
Pasif başetme	-.243**
Aktif başetme	.387***
Genel özetkinlik	.310***
Ağrıya özgü özetkinlik	.287***

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Aktivite düzeyi ile kontrol değişkenleri arasındaki ilişkilere bakıldığında; aktivite düzeyi ile yaşam stresi arasında pozitif yönde, düşük güçte ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($r=.178$; $p<0.05$). Yukarıda da açıklandığı gibi yaşam stresi günlük yaşam olaylarının olumlu etkileriyle ölçüldüğünden korelasyon yönü tam ters olarak yorumlanmaktadır. Daha doğrudan ifadeyle yaşam stresinin artmasıyla aktivite düzeyi azalmaktadır. Diğer bir kontrol değişkeni olan gelir düzeyi ile aktivite düzeyi arasında pozitif yönde, düşük güçte ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($r=.227$; $p<0.01$). Kişilerin gelir düzeylerinin artmasıyla aktivite düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Araştırmadaki diğer kontrol değişkenleri olan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ağrı süresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkilerin ise anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Aktivite düzeyi ile ağrı stresi ölçümleri arasındaki ilişkilere bakıldığında; aktivite düzeyi ile hem ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi ($r=-0.153$, $p<0.05$) hem de ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi puanları arasında ($r=-0.222$, $p<0.01$) düşük güçte, negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre kişilerin hem “ağrı şiddeti” hem de “ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi” ile hesaplanan ağrı stresleri arttıkça aktivite düzeyleri azalmaktadır. Ancak

ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkilerin çok düşük güçte diğer bir deyişle gözardı edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir. Diğer yandan çok boyutlu ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Aktivite düzeyi ile ağrıyla başetme stratejileri arasındaki ilişkilere bakıldığında; aktivite düzeyi ile pasif başetme ($r=-0.243$, $p<0.01$) arasında negatif yönde, düşük güçte ve anlamlı düzeyde ilişkiler gözlenmiştir. Kişilerin ağrılarıyla başetmede kullandıkları pasif stratejiler arttıkça aktivite düzeyleri azalmaktadır. Aktivite düzeyi ile aktif başetme arasında ise orta güçte, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir ($r= 0.387$, $p<0.001$). Bu sonuçlara göre katılımcılar ağrılarıyla başetmede aktif stratejiler kullandıkça aktivite düzeyleri artmaktadır.

Aktivite düzeyi ile genel özetkinlik arasında orta ($r= 0.310$, $p<0.001$) ve ağrıya özgü özetkinlik arasında ise düşük güçte ($r= 0.287$, $p<0.001$), pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir. Kişilerin hem genel özetkinlik hem de ağrıya özgü özetkinlik düzeyleri arttıkça aktivite düzeyleri de artmaktadır. Korelasyon değerleri az farkla genel özetkinliğin aktivite düzeyi ile daha güçlü ilişki gösterdiğine işaret etmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan kronik ağrı hastalarının aktivite düzeyleri ile “ağrı şiddeti” ile ölçülen ağrı stresi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik, pasif başetme, aktif başetme, yaşam stresi ve gelir düzeyi değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Ancak aktivite düzeyi ile ağrı şiddeti ve yaşam stresi arasındaki ilişkiler .20’nin altında diğer bir deyişle gözardı edilebilir düzeydedir.

Araştırmanın beşinci sorusunu cevaplamak için aktivite düzeyinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla korelasyon analizinde aktivite düzeyi ile anlamlı düzeyde ve .20’nin üzerinde ilişki gösteren ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, pasif başetme, aktif başetme, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik ve gelir düzeyi değişkenlerinin bir arada adımsal (stepwise) metot ile modele sokulduğu doğrusal

çoklu hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Bu analizde gelir düzeyi kontrol değişkeni olarak analize birinci blokta girilmiştir. İkinci blokta ağrı stresi ölçümü olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi girilirken; üçüncü blokta ise genel özetkinlik, ağrı özetkinlik, pasif başetme ve aktif başetme girilmiştir. Analiz sonucunda gelir düzeyinin, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin, aktif başetmenin ve genel özetkinliğin bir arada aktivite düzeyindeki değişimin %24'ünü açıkladığı bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 3.11.'de sunulmaktadır.

Tablo 3.11. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin, aktif başetmenin ve genel özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine dair çoklu hiyerarşik regresyon analizi sonuçları

	ΔR^2	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>B</i>	<i>t</i>
Toplam	0.24				
Gelir düzeyi	0.046	8.960**	.173	4.559	2.524*
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	0.031	7.935**	-.128	-.283	-1.854
Aktif başetme	0.122	14.782***	.323	1.056	4.691***
Genel özetkinlik	0.045	14.419***	.225	.300	3.270**

Not: Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 3.11.'de görüldüğü gibi kontrol değişkeni olan gelir düzeyi aktivite düzeyindeki değişimin yaklaşık %5'ini açıklamaktadır ($t = 2.524$, $p < 0.01$). Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinin eklenmesiyle bu oran %8'e yükselirken ($t = -1.854$, $p > .05$); aktif başetme modele eklendiğinde aktivite düzeyinin %20'sini açıklamak mümkün olmaktadır ($t = 4.691$, $p < 0.001$). Son olarak modele katılan genel özetkinlik ile aktivite düzeyindeki değişimin %24'ü açıklamaktadır ($t = 3.270$, $p < 0.01$). Gelir düzeyi kontrol edildiğinde de model anlamlılığını korumaktadır.

Bu doğrultuda araştırmanın beşinci sorusunun cevabı şöyledir: Gelir düzeyi kontrol edildiğinde aktivite düzeyini, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin, ağrıyla aktif başetmenin ve genel özetkinliğin yordadığı görülmektedir. Bu doğrultuda aktivite düzeyini yordayıcı etkisi en yüksek olan ağrı stresi ölçümünün ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi olduğu görülmektedir. Aktif başetmenin yordayıcı etkisinin pasif başetmeye göre; genel özetkinliğin yordayıcı etkisinin de ağrıya özgü özetkinliğe göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmanın beşinci sorusuna ilişkin yapılan analizde aktivite düzeyini en güçlü yordayıcı etkiye sahip olan değişkenler belirlenmiştir. Araştırmanın altıncı sorusunda ise üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasında ağrıyla başetmenin aracı rolünün olup olmadığı sorgulanmaktadır. Bu doğrultuda şu iki soru sorulmuştur:

6.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

6.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın beşinci sorusunda aktivite düzeyi ile ağrı stresi ölçümlerinden en güçlü ilişki gösteren değişkenin ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresi olduğu görülmüştür. Bu sebeple bundan sonraki analizlerde ağrı stresi olarak ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi kullanılacaktır. Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile aktivite düzeyi arasında ağrıyla aktif başetmenin aracı rolünün olup olmadığının sınanması için öncelikle Baron ve Kenny (1986) tarafından konulan ön koşulların karşılanıp karşılanmadığına bakılmıştır. Yordayıcı değişken olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi ile medyatör değişken olan aktif başetme arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (bkz. Tablo 3.4.). Bu sebeple ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü incelenememiştir.

Altıncı sorunun b şikkında ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başetmenin aracılığını sınamak amacıyla öncelikle Baron ve Kenny (1986) tarafından koyulan kriterlerinin karşılandığı görülmektedir. Gelir düzeyi kontrol edilerek uygulanan hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi, medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobelin Z testi uygulanarak sınanmıştır. Ancak

yapılan Sobel Z testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olmadığını göstermiştir (Sobel Z=1.719, $p>.05$). Sonuçlar, Tablo 3.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.997	2.004	.227	2.993**	.003
2. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.276	1.990	.200	2.651**	.009
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	.037**	-.428	.167	-.194	-2.570**	.011
3. Adım						
Gelir düzeyi	.046*	4.559	1.988	.173	2.293*	.023
Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi	.037*	-.350	.168	-.158	-2.088*	.038
Pasif başatma	.029*	-.394	.170	-.177	-2.322*	.021

** $p<0.01$, * $p<0.05$

Bu doğrultuda araştırmanın altıncı sorusunun cevabı şöyledir: Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinin, aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde ne aktif ne de pasif başatmanın aracı rolü bulunmaktadır. Dolayısıyla söz konusu ağrı stresi ölçümünün aktivite düzeyi üzerinde doğrudan etkisi olduğu görülmektedir.

Araştırmanın yedinci sorusunda üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide özetkinliğin aracı rolünün olup olmadığı sorgulanmaktadır. Bu doğrultuda yedinci sorunun iki alt sorusu şöyledir:

7.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide genel özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

7.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıya özgü özetkinliğin aracı rolü var mıdır?

Araştırmanın yedinci sorusuna cevap bulmak için öncelikle Baron ve Kenny (1986) tarafından konulan kriterler sınanmıştır. Analiz sonuçlarında yordayıcı değişken olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile medyatör etkisinin incelenmesi planlanan hem genel özetkinlik hem de ağrıya özgü özetkinlik arasındaki ilişkiler anlamlı düzeyde olmadığından araştırmanın yedinci sorusuna ilişkin aracı değişken analizleri yapılamamıştır (bkz. Tablo 3.4.). Diğer bir değişle ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin aktivite düzeyi üzerindeki etkisinde ne genel ne de ağrıya özgü özetkinliğin aracı rolü bulunmaktadır.

Araştırmanın son sorusu ise özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla başetmenin aracı rolünü sorgulamaktadır. Bu doğrultuda sekizinci sorunun alt başlıkları olarak sorulan sorular şöyledir:

8.a. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

8.b. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde genel özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

8.c. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla aktif başetmenin aracı rolü var mıdır?

8.d. Yaşam stresi, gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ağrı süresi ve yaş kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü var mıdır?

Bu aşamada özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide aktif ve pasif başetmenin aracılıklarına ilişkin soruları cevaplamak amacıyla analizlerin yürütülmesi

planlanmıştır. Baron ve Kenny (1986) kriterlerine bakıldığında; genel özetkinlik ile aktif başetme arasındaki korelasyon değerinin .20'nin altında olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 3.4.). Bu sebeple genel özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide aktif başetmenin aracı rolüne bakılamamıştır. Araştırmanın sekizinci sorusunun diğer alt basamakları için Baron ve Kenny (1986) tarafından koyulan kriterlerin karşılandığı görülmüştür.

Sekizinci sorunun b şikkını cevaplamak amacıyla genel özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki etkisinde ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü incelenmiştir. Gelir düzeyi kontrol edilerek uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, ağrıyla pasif başetmenin medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan genel özetkinliğin yordanan değişken olan aktivite düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobelin Z testi uygulanarak sınanmıştır. Ancak yapılan Sobel Z testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olmadığını göstermiştir (Sobel $Z=-1.580$; $p>.05$). Ayrıca bu modelde pasif başetmenin etkisi de anlamlı değildir. Bu durum genel özetkinliğin, aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başetmenin aracılığına işaret etmemektedir. Sonuçlar Tablo 3.13.'te gösterilmektedir.

Tablo 3.13. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde genel özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başetmenin aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Gelir düzeyi	.052**	5.997	2.004	.227	2.993**	.003
2. Adım						
Gelir düzeyi	.052**	5.341	1.925	.202	2.775**	.006
Genel özetkinlik	.085***	.389	.097	.293	4.017***	.000
3. Adım						
Gelir düzeyi	.052**	4.796	1.939	.181	2.473**	.014
Genel özetkinlik	.085***	.337	.101	.253	3.340***	.001
Pasif başetme	.015	-.294	.171	-.132	-1.720	.087

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Sekizinci sorunun c ve d şıkkındaki soruları cevaplaak amacıyla ağrıya özgü özetkinliğin, aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aktif ve pasif başetmenin aracı etkisine ilişkin analizler yürütülmüştür. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, ağrıyla aktif başetmenin medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan ağrıya özgü özetkinliğin yordanan değişken olan aktivite düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobelin Z testi uygulanarak sınanmıştır. Yapılan Sobel testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olduğunu göstermiştir (Sobel $Z=2.879$; $p<0.01$). Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aktif başetmenin kısmi aracılığına işaret etmektedir. Diğer bir ifadeyle kronik ağrı hastalarının ağrıya özgü özetkinliklerinin aktivite düzeyleri üzerindeki etkilerinin bir kısmı ağrıyla aktif başetmeleri aracılığıyla olmaktadır. Aktif başetmenin aracı rolüne ilişkin bulgular Tablo 3.14.'te gösterilmektedir.

Tablo 3.14. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aktif başetmenin aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.997	2.004	.227	2.993**	.003
2. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.301	1.943	.201	2.728**	.007
Ağrıya özgü özetkinlik	.065***	1.965	.541	.267	3.634***	.000
3. Adım						
Gelir düzeyi	.052**	5.019	1.828	.190	2.745**	.007
Ağrıya özgü özetkinlik	.065**	1.427	.521	.194	2.739**	.007
Aktif başetme	.092***	1.091	.231	.334	4.733***	.000

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Son olarak araştırmanın sekizinci sorusunun d şıkkına yanıt bulmak için ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde ağrıyla pasif başetmenin aracı rolü incelenmiştir. Gelir düzeyi kontrol edilerek uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, ağrıyla pasif başetmenin medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan ağrıya özgü özetkinliğin yordanan değişken olan

aktivite düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Ancak bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobelin Z testi ile sınılandığında medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olmadığı görülmüştür (Sobel $Z=-1.553$; $p>0.05$). Ayrıca bu modelde aracı değişken olan pasif başatmanın etkisi de anlamlı değildir. Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın kısmi aracılığının olmadığına işaret etmektedir. Sonuçlar Tablo 3.15.'te gösterilmektedir.

Tablo 3.15. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde pasif başatmanın aracı etkisine dair doğrusal medyatör regresyon analizi sonuçları

Model	R ²	B	Std Error	Beta	t	Sig
1. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.997	2.004	.227	2.993**	.003
2. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	5.301	1.943	.201	2.728**	.007
Ağrıya özgü özetkinlik	.065***	1.965	.541	.267	3.634***	.000
3. Adım						
Gelir düzeyi	.046**	4.772	1.956	.181	2.440**	.016
Ağrıya özgü özetkinlik	.065***	1.641	.570	.223	2.881**	.004
Pasif başatma	.011***	-.299	.174	-.134	-1.714***	.088

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Araştırmanın bulguları genel olarak şöyle özetlenebilir:

1. Ağrı stresi açısından bakıldığında; sonuç değişkene göre ön plana çıkan ölçüm değişmektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından çok boyutlu ağrı şiddeti, aktivite düzeyi açısından ise ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ön plana çıkmaktadır.
2. Ağrıya başetme yöntemlerinin rollerine bakıldığında; ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi pasif, aktivite düzeyindeki değişimi ise aktif başetmenin etkilediği görülmektedir.
3. Özetkinliğin ağrı sonuçları üzerindeki yordayıcı etkisinde başetme stratejilerinin aracı rolü gözlenmiştir. İki sonuç değişkene etki eden başetme yöntemleri için de ağrıya özgü özetkinlik ön plana çıkmaktadır. Ağrıya özgü özetkinlik arttıkça pasif başetmenin kullanımı azalmakta ve böylece engellilik de azalmaktadır. Ayrıca ağrıya özgü özetkinliğin artmasıyla aktif başetme artmakta ve kişilerin aktivite düzeyleri yükselmektedir.
4. Kontrol değişkenleri açısından ağrıya bağlı engellilik düzeyi için yaşam stresinin ve yaşı, aktivite düzeyi açısından ise gelir düzeyinin kontrol edilmesi gerektiği ön plana çıkmıştır.
5. Sonuçlar tek cümleyle özetlendiğinde ağrıya bağlı engellilik düzeyi için çok boyutlu ağrı stresi ve pasif başetme; aktivite düzeyi için ise özetkinlik ve aktif başetme ön plana çıkmaktadır. Ağrıya özgü özetkinlik arttıkça başetme stratejilerinin kullanımı aracılığıyla sonuç değişkenler de etkilenmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, bir stres türü olarak kronik ağrı yaşantısının sağlık sonuçları olarak ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi üzerindeki etkisini araştırmak ve söz konusu etkide ağrıya başetme stratejilerinin ve özetkinliğin rolünü incelemektir. Bu amaç doğrultusunda çalışma, İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) anabilim dalındaki polikliniklerde yürütülmüştür. Çalışmaya İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümüne başvuruda bulunan hekimler tarafından tanıları konulmuş en az 6 aydır kronik ağrı şikâyeti olan 167 kişi katılmıştır.

Çalışmada ilk olarak katılımcıların sosyodemografik ve ağrıya ilişkin özellikleri incelenmiştir. Ardından araştırmanın temel hedefi doğrultusunda kronik ağrıya ilgili sağlık sonuçlarından hem ağrıya bağlı engellilik düzeyi hem de aktivite düzeyi üzerinde kronik ağrının oluşturduğu stresin (ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti ve ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi olarak üç farklı şekilde ölçülen), ağrıya aktif ve pasif başetme stratejilerinin, genel ve ağrıya özgü özetkinliğin yordayıcı etkileri incelenmiştir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyini ve aktivite düzeyini yordayan değişkenler tespit edildikten sonra; ağrı stresi ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkide ağrıya başetme stratejilerinin aracı ve özetkinlik düzeyinin ise hem aracı hem de yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda özetkinliğin ağrı sonuçları (ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi) üzerindeki yordayıcı etkisinde ağrıya başetme stratejilerinin aracı rolü de test edilmiştir.

Tezin bu bölümünde araştırmanın sonuçlarından elde edilen bulguların literatürle uyumlu ve uyumlu olmayan yönleri tartışılacak; özellikle multidisipliner çalışma planları oluşturmak açısından hem araştırmacılar hem de uygulamacılar için tezin sonuçları ele alınacaktır. İlk olarak araştırmanın sosyodemografik ve ağrıya ilgili özelliklerine ilişkin sonuçlar değerlendirilecektir. Ardından kronik ağrının oluşturduğu stresin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisi ele alınacaktır. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişim açısından başetme stratejileri ve

özetkinliğin rolüne ilişkin bulgular tartışılacaktır. Sonraki aşamada aktivite düzeyi açısından araştırma bulguları tartışılacak; özellikle aktivite düzeyi ile ağrıya özgü özetkinlik ve başatme stratejileri arasındaki ilişkilere dair bulgular ele alınacaktır. Araştırmanın sınırlılıkları aktarıldıktan sonra sonuç bölümünde kronik ağrı hastalarıyla çalışan uygulamacılara ve araştırmacılara önerilerde bulunulacaktır.

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik ve Ağrıya İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik özelliklerle ilgili bulgulara bakıldığında öncelikle örneklemin büyük çoğunluğu olan 142 kişinin (%85) kadın hastalardan oluştuğu görülmektedir. Örneklemin çoğunluğunun kadınlardan oluşması, kronik ağrı ve cinsiyet farklılıklarını inceleyen hem toplum temelli hem de klinik örnekleme yürütülen pek çok çalışma tarafından desteklenmektedir (örn; Barnabe vd., 2012; Fillingim vd., 2009; Racine vd., 2012; Ruau vd., 2012). Örneğin; kronik ağrıda cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir derlemenin sonuçları, çeşitli kronik ağrı türlerinde (örneğin; kas ve iskelet sistemi hastalıkları, fibromiyalji sendromu, bel ağrısı, osteoartrit, baş ağrısı, nöropatik ağrı gibi) dünyanın pek çok ülkesinde kadınların erkeklere göre daha fazla ağrı şikâyeti bildirdiklerine işaret etmektedir (Fillingim vd., 2009). Her ne kadar hem toplum temelli hem de klinik örnekleme yürütülen çalışmalar, kronik ağrının kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü açığa çıkartsa da kronik ağrı açısından cinsiyet farklılıklarını inceleyen çalışmaların ortak vurgusu hem biyolojik hem de psikososyal gerekçelerle kadınlar ve erkeklerin ağrıya tepki verme şekillerinin farklılaştığıdır.

Kadınların ağrıya duyarlılıklarının daha fazla olduğu belirtilmekle birlikte cinsiyete göre hem farmakolojik (Leresche, 2011; Niesters vd., 2010) hem de farmakolojik olmayan tedavilere verilen tepkiler de farklılaşmaktadır (Bartley ve Fillingim, 2013; Pieh vd., 2012). Örneğin; farmakolojik tedaviler açısından kadınların ağrı kesicileri erkeklerin ise opiatları daha çok kullanma eğilimleri olduğu görüldüğü bildirilmekle birlikte (Niesters vd., 2010) cinsiyete göre ilaç etkisinin zaman zaman değiştiğini inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Leresche, 2011). Diğer yandan farmakolojik olmayan tedavilere kadınların erkeklere kıyasla hem katılma oranlarının

hem de kaydettikleri gelişimin daha fazla olduğu görülmektedir (Keogh, McCracken, Eccleston, 2005). Buna rağmen tedavi sonrasında kadınların yeniden tedavi başvurularının da daha yüksek olduğuna işaret edilmektedir (Pieh vd., 2012). Örneğin; multidisipliner bir ağrı yönetimi programına katılan kadınlar ve erkekler arasında tedavi sonrasında kaydedilen gelişme açısından bir farklılık gözlenmezken 3 ay sonraki takip görüşmesinde kadınların erkeklerden daha çok ağrı şiddeti bildirdikleri ve ağrıya ilişkin felaketleştirmelerinin de daha yüksek olduğu görülmüştür (Pieh vd., 2012).

Ağrı yaşantısında cinsiyetler arası farklılıkları etkileyen bir diğer durum olarak psikolojik faktörler akla gelmektedir. Bu çalışmanın ilerleyen bölümlerinde tartışılacağı gibi ağrıya bağlı sonuçları şekillendiren psikolojik faktörler arasında yer alan başetme stratejileri ve özetkinlik de cinsiyetler arasında farklılık olmasında rol oynayan etkenler arasındadır. Literatürde ağrı yönetiminde erkeklerin problem çözmeye dönük ya da ağrıdan uzaklaşma gibi aktif stratejileri kadınların ise duygu odaklı, ağrıya odaklanma, endişelenme gibi pasif stratejileri daha çok kullandıkları belirtilmektedir (Fillingim vd., 2009; Racine vd., 2012). Ayrıca pasif başetme stratejilerini daha çok kullanmanın yardım arama davranışı, sağlık hizmetlerini daha çok kullanma ile de ilişkisine vurgu yapılmaktadır (Blyth vd., 2005). Özellikle pasif stratejiler arasında yer alan ağrıya bağlı endişenin, olumsuz sağlık sonuçlarına olan etkisine vurgu yapılmakta ve bu stratejiyi kadınların erkeklerden daha çok kullandığına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Forsythe vd., 2011). Kadınların erkeklere kıyasla sağlık hizmetlerini kullanma sıklıklarının ve tedavi arayışlarının da daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (örneğin; Ferreira vd., 2010). Diğer yandan özetkinliğin, ağrıya bağlı olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkisine işaret edilmekte ve erkeklerin özetkinlik düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Jackson vd., 2002). Özetle tüm bu psikososyal faktörlerin kadın ve erkeklerin ağrı şikayetlerinin farklılaşmasını ve kronik ağrı hastalarında yürütülen çalışmalarının örnekleminin çoğunluğunun kadınlardan oluşmasını açıklayan değişkenler arasında olduğu düşünülebilir.

Son olarak kronik ağrıda cinsiyet farklılıklarına ilişkin bir diğer açıklama da toplumun kadın ve erkekten beklediği cinsiyet rollerinin farklı olmasıdır (Bartley ve Fillingim, 2013). Örneğin; bazı çalışmalarda hem erkeklerin hem de kadınların erkeklerin ağrılarını ifade etmemeleri yönünde rol beklentilerinin olduğu belirtilmektedir (Wise vd., 2002). Dolayısıyla bu rol beklentisinin erkeklerin ağrı bildirmeleri önünde bir engel olduğuna işaret edilmektedir (Fowler vd., 2011). Özellikle erkeklerden maskülenlik, ağrıya dayanabilir olmak, ağrı eşığının yüksek olması gibi beklentilerin “güçlü olmak” anlamına gelmesi, erkeklerin ağrı şikayetlerini ifade etmeleri ve tedaviye başvurmaları önünde bir engel olarak görülebilir. Söz edilen bu gerekçeler kronik ağrı hastalarının çoğunlukla kadınlardan oluşması açısından açıklayıcı olmaktadır.

Örneklemin özellikleriyle ilgili bir diğer bulgu katılımcıların hastalık gruplarına olan dağılımlarıdır. Hastalık gruplarındaki dağılım, aynı zamanda çalışmanın örnekleminin çoğunluğunun kadınlardan oluşmasıyla ilgili bir diğer faktör olarak da görülebilir. Bu çalışmanın örnekleminin hastalık gruplarına bakıldığında katılımcıların %34.1’i fibromiyalji sendromu, %14.4’ü bel ağrısı, %7.8’i romatoid artrit ve geri kalan %43.7’si ise bu çalışmada diğer ağrılar olarak adlandırılan el, bacak, sırt, baş, omuz gibi spesifik ağrılardan ve nöropatik ağrı, osteoartrit gibi diğer ağrı sendromlarından oluşmaktadır.

Çalışmanın önemli bir grubunu oluşturan fibromiyalji sendromunun (FMS), dünyanın farklı yerlerinde kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bilinmektedir (örneğin; Branco vd., 2010; Marques vd., 2017; Yunus, 2001). Hatta klinik gruplarda yürütülen çalışmalar, FMS hastalarının %90’a varan oranda kadınlardan oluştuğuna işaret etmektedir (Yunus, 2001). Diğer yandan kronik ağrı sendromları içerisinde sıklıkla yer alan FMS, psikolojik faktörlerin hastalığın seyrinde ve tedavisinde önemli rol oynadığı bir hastalık türüdür. Tedavi başvuruları yüksek olan FMS hastalarının en yüksek faydayı psikolojik tedaviler, fiziksel egzersiz ve farmakolojik tedavileri bir arada içeren multidisipliner tedavilerle gördükleri belirtilmektedir (Macfarlane vd., 2017). Bu sebeple FMS hastalarının örneklemin çoğunluğunu oluşturması, çalışmanın hedef gruba ulaştığını da düşündürmektedir.

Bu çalışmanın örnekleminde çoğunluk olarak ikinci sırada yer alan bel ağrısı da kronik ağrı sendromları içinde yaygın olarak bulunmakta ve kadınlarda erkeklerden daha çok görülmektedir (Balague vd., 2012; Meucci vd., 2015). Herkesin zaman zaman yaşadığı bir sağlık sorunu olarak tüm dünyada görülen bel ağrısı, klinik örnekleme de sıklıkla karşılaşılan ağrı sendromları arasındadır (Balague vd., 2012). ABD’de yapılan bir tarama çalışmasının sonuçlarında bel ağrısı şikayetiyle hastane ziyaretlerinin geçen zamana göre belirgin ölçüde azalmadığı ve bu sağlık sorununun varlığını sürdürdüğü vurgulanmaktadır (Deyo vd., 2006). Bu doğrultuda da örneklemin bel ağrısı olan hastaları içermesinin, toplumun geneline yayılan bir sağlık sorunu açısından kronik ağrının oluşturduğu stresin etkilerini incelemeyi mümkün kılacağı düşünülebilir.

Örneklemin %7.8’ini oluşturan romatoid artrit (RA) tanısının da diğer iki ağrı grubunda olduğu gibi toplumda görülme oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (Gibofsky, 2014; Hunter vd., 2017; Tuncer vd., 2018). Örneğin; Türkiye genelinde yapılan bir yaygınlık çalışmasında RA’nın kadınlarda erkeklerden neredeyse 9 kat daha fazla görüldüğü bulgulanmıştır (Tuncer vd., 2018). Birçok eklemi aynı anda etkileyerek şekil bozukluklarına sebep olan RA tedavisinde, geleneksel tedavi yöntemlerine ağırlık vererek salt ilaç kullanımına odaklanmanın hastaların tedavi memnuniyetini düşürdüğü belirtilmektedir (Hamuryudan, 2007). Çevresel ve genetik etkenlerin bir arada rol oynadığı hastalıkta kronik ağrının oluşturduğu stresi yönetebilmek multidisipliner tedavi hedefleri arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın örnekleminde RA hastalarının da yer almasının, planlanması önerilen müdahaleler açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Söz edilen üç hastalık grubu dışında çalışmada yer alan diğer ağrılar kategorisinin örneklemin heterojen olmasını etkilediği düşünülmektedir. Örneklemin farklı hastalık gruplarını içermesi, çalışmanın bulgularını daha geniş gruplara genelleylebilmeyi de mümkün kılmaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın dünyada yaygın olarak karşılaşılan ağrı sendromlarını içerdiği söylenebilir. Söz konusu ağrı türlerinin birbirlerinden farklılaşan özellikleri olmakla birlikte (örneğin; FMS hastalarında psikolojik etkenlerin rolü daha çok vurgulanırken RA hastalarında genetik etkenlerin

rolünün öne çıkması) tüm hastalık grupları açısından ortak yön, kronik ağrının oluşturduğu strestir. Tüm bu tanı gruplarında tedavinin temel hedefi, multidisipliner yaklaşımı merkeze alan ağrı yönetimi olup çalışmanın sonuçlarının söz konusu müdahale programlarına dair öneriler açısından önemli olacağı düşünülebilir. Son olarak tedavilerde tek bir hastalık grubuna ulaşmayı hedeflemek pratik olmamaktadır. Örneklemin çeşitliliği, farklı hastalık gruplarında yer alan hastaların aynı anda katılabileceği müdahaleler için bilgi sunmaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden bir diğeri eğitim durumudur. Okuma yazma bilmenin işleme kriteri olduğu çalışmada, eğitim durumu beş düzeyli olarak ölçülmüştür. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında, çoğunluğu oluşturan 60 kişinin (%35.9) ilkokul, 43 kişinin (%25.7) lise ve 34 kişinin üniversite (%20.4) mezunu olduğu görülmektedir. Geri kalan 26 kişi (%15.6) ortaokul mezunu iken 4 kişi (%2.4) lisansüstü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Sonuçlara bakıldığında, örneklemin çeşitli eğitim seviyelerinden olan bireyleri temsil ettiği görülmektedir. Sadece lisansüstü eğitim seviyesinin azınlıkta olduğu görülmektedir. Sağlık psikolojisi açısından değerlendirildiğinde; bu çalışmanın temel hedefleri içinde olmamakla birlikte sağlık davranışlarının sürdürülmesi ve ağrı yönetimi açısından önemi vurgulanan karar verme süreçleri ve hasta-doktor iletişimi açısından eğitim seviyesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Eğitim durumu kişilerin kendi tedavilerine ilişkin karar verme süreçlerini, tedavilerini yönetebileceklerine dair inançlarını ve hasta-doktor iletişimini şekillendirmektedir (Jonsdottir vd., 2016). Bu çalışma açısından önemli olan, örneklemin farklı eğitim düzeylerini temsil ediyor olmasıdır. Özellikle multidisipliner tedavilere katılım sağlama ve kendi tedavileri konusunda aktif rol üstlenme açısından rolü vurgulanabilecek bir kavram olan eğitim düzeyi, müdahale programları açısından da göz önünde bulundurulması gereken bir sosyodemografik değişkendir.

Kronik ağrı literatüründe önemi vurgulanan bir diğer sosyodemografik değişken de gelir düzeyidir. Bu çalışmadaki katılımcıların yarısından fazlası (%66.4; N=111) orta düzey gelirden olduğunu bildirirken; geri kalan %15.6'sı (N=26) düşük, %17.4'ü (N=29) iyi ve %0.6'ya denk gelen sadece 1 kişi çok iyi gelir düzeyinde olduğunu

bildirmiştir. Bu dağılım, örneklemin çoğunluğunun gelir düzeyine ilişkin algılarının düşük ve orta düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Gelir düzeylerinin iyi olduğunu bildiren kişiler ise örneklemin azınlığını oluşturmaktadır. Sosyoekonomik düzeyin bir bileşeni olarak da kavramsallaştırılan gelir düzeyinin, kronik ağrı literatüründe ağrı şiddeti ve ağrı sonuçları açısından önemine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (örneğin; Mechlin, 2012; Saastamoinen vd., 2005; Suman vd., 2017). Söz konusu çalışmalarda gelir düzeyinin düşük olmasının hem kronik ağrının başlangıcı hem de prognozu açısından olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir. Örneğin; Suman ve arkadaşları (2017) kronik bel ağrısı olan kişilerin fiziksel aktivitelerine dair özetkinlik düzeyleri ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; kişilerin ağrılarına rağmen aktivitelerini sürdürebileceklerine dair inançları ile en güçlü ilişkiyi sosyoekonomik düzeyin belirleyicilerinden gelir düzeyinin gösterdiğini bulgulamışlardır. Gelir düzeyi yüksek olan kronik bel ağrısı hastalarının fiziksel olarak aktif olabileceklerine dair inançları daha yüksektir. Bu durum, kronik ağrının oluşturduğu stresi yönetmek açısından önemli bir bulgu olmaktadır.

Öte yandan örneklemin çoğunluğunun düşük ve orta düzey gelirden olduğunu bildiren bireylerden oluşması, kronik ağrıya ilişkin yapılan yaygınlık çalışmalarının sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Pek çok çalışma, düşük sosyoekonomik düzeyi kronik ağrı açısından bir risk faktörü olarak göstermekte ve zorlu sosyoekonomik koşullarda yaşayan kişilerin ağrı şikayetlerinin daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Blyth, 2008; Bonathan vd., 2013; Cabrera-Leon vd., 2018; Gonzalez-Chica vd., 2018; Polshuck ve Green, 2008; Van Hecke, Torrance ve Smith, 2013). Örneğin; Gonzalez-Chica ve arkadaşları (2018), 1.5 milyon kişiye ulaştıkları bir epidemiyolojik çalışmada, kas ve iskelet sistemi hastalıklarıyla en güçlü ilişkiyi gösteren sosyodemografik özelliklerin başında düşük sosyoekonomik düzeyin geldiğini bulgulamışlardır. Özet olarak gelir düzeyinin artması, kronik ağrı hastalarının ağrıya uyum sağlaması açısından koruyucu gözükürken gelir düzeyi düştükçe kronik ağrı hastaları daha fazla risk altında olmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarında katılımcıların çoğunluğunun düşük ve orta düzey gelirden olduğunu bildirmesi literatürle tutarlılık göstermektedir. Diğer yandan çalışmanın bir diğer bulgusu gelir düzeyindeki artışın olumlu sağlık sonucu olan aktivite düzeyindeki değişimi olumlu etkilemesidir. Gerçekten de kişilerin

ev dışındaki aktiviteler, sosyal aktiviteler gibi günlük yaşam faaliyetlerini devam ettirebilmelerinde gelir düzeylerinin etkisinin olması beklendik bir sonuç olmakta ve literatürle de tutarlılık göstermektedir. Gelir düzeyi ve aktivite düzeyi arasındaki ilişkiler izleyen bölümlerde tekrar ele alınacaktır.

Bu çalışmada değerlendirilen bir diğer sosyodemografik özellik, medeni durumdur. Çalışmaya katılan kişilerin çoğunluğu olan 134 kişi (%80.2) evli, 24 kişi bekâr (%14.4) ve geri kalan 9 kişi de (%5.4) boşanmış bireylerden oluşmaktadır. Yetişkin örnekleme yapılan çalışmalarda örneklemin büyük çoğunluğunun evli olması beklendik bir bulgu olmaktadır (örn; Cabrera-Leon vd., 2018; Pereira vd., 2017). Öte yandan literatürde kronik ağrı hastalarında medeni durumla ilgili yapılan çalışmaların eş desteği, evlilik çatışması, psikolojik dayanıklılık, duygusal destek, evlilik doyumu, eşin ağrıya ilişkin tepkileri gibi faktörler ve ağrı sonuçları arasındaki ilişkilere odaklandığı görülmektedir (örn; Cano vd., 2000; Leonard vd., 2006; Uysal vd., 2017; Wade vd., 2013). Örneğin; kronik ağrı hastalarında eş tepkisinin depresif belirtilerle ilişkisini inceleyen 165 evli çiftle yürütülen bir çalışmanın sonuçlarında, olumsuz eş tepkisinin ağrı şiddetinde artma ve evlilik doyumunda azalma aracılığıyla depresif belirtilerin artmasına etki ettiği görülmektedir (Cano vd., 2000). Diğer yandan başka bir çalışmada, kalp ameliyatı olmuş kişilerde eşlik eden ağrılarla beraber ameliyat sonrasına uyum sağlamakta medeni durumun rolü incelenmiştir (Bjornnes vd., 2018). Söz konusu çalışmanın sonuçlarında evli olan kadınların ameliyat sonrasındaki umut düzeyleri, bekar ya da boşanmış kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Tüm bu gerekçeler sebebiyle evlilik kronik ağrı literatürü açısından bir yandan koruyucu olmakla birlikte diğer yandan da evlilikle beraber ortaya çıkan stres kaynaklarının artması ve kronik ağrı yaşantısına eşin verdiği tepkiler açısından da riskli faktörleri barındırmaktadır. Kronik ağrı hastalarının ağrıya yaklaşımları eşlerinin vereceği tepkileri şekillendirdiği gibi eşin ağrıya ilişkin tepkileri de hastanın başatma yöntemlerini ve hastalığa uyumunu etkileme potansiyeline sahiptir. Hatta, son dönemlerde ağrı yönetiminde tedaviye eşin/partnerin dahil edilmesi ve ağrıyı hem kişisel hem de kişilerarası bir süreç olarak yeniden kavramsallaştırmanın önemine

değiniilmektedir (Cano vd., 2005; De la Vega vd., 2018). Medeni durum, söz edilen tüm bu faktörler sebebiyle ağrı yönetiminde gelecek çalışmalarda daha detaylı olarak incelenebilecek bir kavram olmakla birlikte bu çalışmada bir sosyodemografik değişken olarak ele alınmakla sınırlı tutulmuştur. Söz konusu faktörler nedeniyle ağrı sonuçları açısından göz önünde tutulması gereken bir uzak değişken olmaktadır.

Yaş aralığı göz önünde bulundurulduğunda da katılımcıların çoğunluğunun evli bireylerden oluşması beklendik bir bulgu olmaktadır. Bu çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalamasının 47.11 olduğu görülmektedir. Bu sonuç, kronik ağrı literatürü açısından beklendik bir bulgu olmakta ve kronik ağrı hastalarıyla yürütülen çalışmaların yaş ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir (örn; Mansfield vd., 2016; Su vd., 2017). Örneğin; yaygın ağrının genel toplumdaki yaygınlığını inceleyen bir derlemenin sonuçları, yaygın ağrı tanısının 40 yaş üzerinde daha çok görüldüğüne işaret etmektedir (Mansfield vd., 2016). Yaşla birlikte kronik hastalıkların artması ve pek çok hastalığa ağrının eşlik etmesi, kronik ağrıya ilişkin yapılan klinik çalışmaların orta yaş üzerindeki bireylerden oluşmasında rol oynayan etkenler olarak değerlendirilebilir. Öte yandan kronik ağrının oluşturduğu stres etkili yönetilemediği sürece yaşla birlikte artabileceği, hastaların ağrıya bağlı yaşadıkları olumsuz sonuçların artabileceği ve bu durumdan daha çok şikâyet edebilecekleri düşünülebilir. Tüm bu gerekçelerle toplumun tamamını etkileme olasılığı olan kronik ağrı açısından özellikle orta yaşın üzerindeki bireylerin risk grubu olduğu söylenebilir.

Yukarıda örneklemin sosyodemografik özellikleri ve bu sosyodemografik değişkenlerle ilişkili olarak ağrı türlerine ilişkin dağılımları literatür ışığında tartışılmıştır. Katılımcıların ağrı türlerinin yanı sıra ağrıya ilişkin diğer klinik özellikleri de bu çalışmada betimlenebilmiştir. İlk olarak katılımcıların ilaç kullanımlarına bakıldığında örneklemin %71.9'una karşılık gelen 120 kişi bir ilaç tedavisi aldığını ifade etmektedir. Kronik ağrının eşlik ettiği pek çok hastalık için ilaç kullanımı tedavinin odağında yer almakta ve hastaların hem reçeteli hem de reçetesiz ilaç kullanımlarının çok yaygın olduğu çeşitli çalışmalarda da bildirilmektedir (örn; Morasco ve Dobscha, 2008; Roberts vd., 2013). Hatta bazı çalışmalarda kronik ağrı hastalarının reçeteli ilaçlarını da kötüye kullandıklarına işaret edilmektedir (Morasco

ve Dobscha, 2008). Birincil bakım merkezinde tedavi gören hastalarla yürütülen bir çalışmanın sonuçlarında, çalışmaya katılan 127 hastanın içinden 78'i geçen bir yıl içerisinde ilaç kötüye kullanım kriterlerinden en az birini karşılamaktadır (Morasco ve Dobscha, 2008).

Örneklemin ilaç kullanımlarındaki yoğunluk, farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin gerekliliğini tekrar akla getirmektedir. İlaçların özellikle semptoma bağlı kullanımlarıyla birlikte bir yanıyla hastaların ilaca bağlı yan etkileri gittikçe artmakta ve zamanla ilaçlar hastaların tedavi memnuniyetlerini düşürmektedir (Hamuryudan, 2007). Örneğin; kronik ağrı hastalarının ilaç kullanımına ilişkin kaygılarını ve inançlarını inceleyen bir çalışmanın sonuçlarında; hastaların bağımlılık hissi, tolerans geliştirme, ilaç kullanmadan ağrıya dayanamayacağını düşünme, reçetelenen ilaca güvenmeme, ilacın yan etkilerinden şikâyet etme ve doktorun verdiği ilacı bırakma gibi durumlar yaşadıkları görülmektedir (McCracken vd., 2006). Ayrıca ilaç uyumunun ötesinde, güncel tedavi yöntemleri pek çok hastalıkta ilaç kullanımının tek başına yeterli olmadığına işaret etmektedir. Hastaların özellikle ağrı şiddetlerinin yoğunlaştığı zamanlarda ilaç kullanımlarını arttırmaları diğer bir deyişle ilaçları bir başetme yöntemi olarak kullanmaları da sıklıkla gözlenen özellikler arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda, çalışmanın örnekleminin büyük çoğunluğunun ilaç kullanıyor olması, ağrıyla başetme yöntemleri açısından da ipucu vermektedir. Bu durumun hastaların tedavi uyumunu düşüreceği ve tedaviyi sadece ilaç kullanımı olarak görerek aktif rol almamalarına etki edebileceği düşünülebilir. Sonuç olarak bu çalışmanın örneklemindeki ilaç kullanımının bu yoğunlukta olması, literatürle tutarlı bir bulgu olmakta ve ağrı yönetiminin multidisipliner tedaviyi amaçlaması sebebiyle çalışmanın hedef kitleyi içerdiğini düşündürmektedir.

Kronik stres durumlarını ele alırken sağlık psikolojisinin temel kuramlarından Lazarus ve Folkman'ın (1984) Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli, bir stres yaşantısının etkisini belirlerken strese diğer bir deyişle bu çalışma özelinde ağrıya ilişkin değerlendirmelere ve başetme kavramlarına odaklanmaktadır. Bu durumda ağrının nasıl değerlendirileceği (ölçüleceği), transaksiyonel model açısından önemli gözükmektedir. Kronik ağrı hastalarıyla yapılan görüşmelerde hem hastaların hem de

hastane koşullarının özellikleri göz önünde bulundurulduğunda en çok tercih edilen ölçüm araçlarının tek maddelik kolay uygulanabilir ölçümler olduğu görülmektedir. Literatür bölümünde değinildiği gibi pek çok çalışmada ağrı, ağrı şiddeti olarak ele alınmakta ve Görsel Analog Skalası (GAS) (Bryant, 1993) ile kişilerden son bir hafta içerisinde yaşadıkları ağrıyı değerlendirmeleri istenmektedir. Ancak ağrı şiddetini ölçmek, ağrının değerlendirilmesinin duyuşal boyutunu karşılamakla birlikte son dönemde gittikçe daha çok vurgulanan ağrının duyuşal boyutunu değerlendirmemektedir. Kişinin ağrısına ilişkin yaşadığı rahatsızlık durumunu ya da acıyı ölçmek ağrının duyuşal bileşenini oluşturmaktadır (Fillingim vd., 2016). Literatürde yaygın olarak kullanılan geçerlilik ve güvenirliği kanıtlanmış bir ölçüm aracı olan GAS, ağrı şiddetine ilişkin bilgi vermekle birlikte ağrı gibi duyuşal ve duyuşal bir yaşantıyı ölçmek için tek başına yeterli olmayacağı belirtilmektedir (Fillingim vd., 2016; Puntillo ve Naidu, 2018; Salaffi vd., 2015).

Kişilerin yaşadıkları ortalama ağrı şiddetini tespit etmeyi hedefleyen GAS ile ilgili bir diğer sınırlılık, geriye dönük bir değerlendirme yapmanın bellek hatalarını içermesi ve görüşme sırasındaki ağrı şiddetinin geçmişi etkileme olasılığının olmasıdır (Fillingim vd., 2016). Bu doğrultuda görüşme sırasındaki ağrının ölçülmesi ağrı şiddetine ilişkin daha geniş bir değerlendirme imkânı vermektedir. Ayrıca bellek hatalarının önüne geçmeyi hedefleyen güncel çalışmalar (elektronik) günlük yöntemine odaklanmaktadır (Fillingim vd., 2016; Salaffi vd., 2015). Günlük yönteminde kişiler, kendi doğal ortamlarında ve günün farklı zamanlarında ağrı şiddetlerini değerlendirmektedir (Dansie ve Turk, 2013). Hastaların uygulamasını kolaylaştırmak amacıyla son dönemde günlük yönteminin elektronik bir cihazla da kullanımı önerilmektedir. Hatırlamaya ya da görüşme esnasındaki yanlılıklara bağlı sorunları engellemeyi mümkün kılacağı düşünülen günlük yöntemi her hasta için uygun olmamaktadır. Diğer yandan günlük yönteminde de yine tek madde ile ağrının sadece şiddet olarak ölçülmesine odaklanılmaktadır. Günlük yöntemleri hafızadan kaynaklı değerlendirme yanlılıklarını bertaraf etmeyi amaçlamakla birlikte ağrının yine sadece ağrı şiddetine odaklı ve duyuşal olarak ölçülmesi kronik ağrının oluşturduğu etkiyi değerlendirmekte eksik kalmaktadır.

Literatürde ağrıyı sadece şiddet olarak ölçmeyi eleştiren çalışmalar bulunmakta ve bu çalışmalarda ağrının kişilerin yaşamlarındaki etkilerini incelerken şiddet dışındaki bileşenlerine odaklanmanın önemine işaret edilmektedir (Dela Cruz vd., 2014; Salamon vd., 2014). Bu çalışmaların ortak vurgusu, ağrının şiddet olarak değerlendirilmesinin ağrının kişilerin yaşamlarına olan etkisini değerlendirmek açısından yeterli olmadığıdır. Bu doğrultuda şiddetin dışında sıklık, süre, ağrının oluşturduğu yük açısından da değerlendirildiği yeni ölçümler geliştirilmiştir (örn; Choi, Snow ve Kunik, 2016; Dela Cruz vd., 2014; Denkinger vd., 2014; Salamon vd., 2014). Bu çalışmalarda ağrı şiddetinden farklı olarak özellikle ağrı sıklığının ağrı sonuçlarıyla ilişkisine işaret edildiği görülmektedir (Choi, Snow ve Kunik, 2016; Denkinger vd., 2014; Salamon vd., 2014). Ağrı şiddetinden farklı olarak özellikle ağrı sıklığına ilişkin ölçümler alınmasının gerekliliğine vurgu yapılmakta ve çok şiddetli olmamakla birlikte çok sık ağrı yaşamının da ağrıya bağlı sonuçlar açısından kritik önemde olduğu ve bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir (Bhardwaj ve Yadav, 2015). Ağrıya ilişkin sadece şiddet ölçümünün yeterli olmadığına işaret eden çalışmalar olmakla birlikte (örn; Bhardwaj ve Yadav, 2015; Dansie ve Turk, 2013; Fillingim vd., 2016; Salaffi vd., 2015) ağrıya ilişkin hangi ölçümün sonuçlar açısından daha açıklayıcı olduğuyula ilgili çalışmalar ise yok denecek kadar azdır. Sınırlı sayıdaki bu çalışmalardan biri, multidisipliner ağrı kliniğinde tedavi gören 8-18 yaş aralığındaki 353 kişiyle yürütülmüştür (Salamon vd., 2014). Çalışmanın sonuçları ağrıya ilişkin şiddet, sıklık ve süre olarak alınan ölçümün sadece ağrı şiddetine kıyasla katılımcıların ağrıya bağlı engelliliklerini ve sağlıkla ilgili yaşam doyumlarını açıklamakta daha belirleyici olduğunu göstermiştir. Konuyla ilgili çalışmaların sınırlılığına dikkat çeken yazarlar, kronik ağrının etkilerini incelerken ağrı şiddetine odaklı yaklaşımların ötesinde ağrının değerlendirilmesinde daha kapsamlı ölçümlere ihtiyaç olduğuna dikkat çekmektedir.

Öte yandan literatürde ağrının sadece şiddet olarak ölçülmesinin yeterli olmadığına işaret eden çalışmaların şiddet, sıklık, nitelik (yakıcı, batan vs.), süre gibi yine ağrının sadece duygusal özelliklerine odaklandığı ve duygusal bileşenlerini ele almadığı görülmektedir (örn; Choi, Snow ve Kunik, 2016; Dela Cruz vd., 2014; Denkinger vd., 2014; Salamon vd., 2014). Örneğin; ağrı şiddetinin ağrının etkileri

incelenirken yeterli olmadığını belirten çalışmalar, kişilerin ne kadar sık ağrı yaşadığına odaklanmanın önemini vurgulamakta ancak yaşadığı ağrıdan ne kadar rahatsız olduğunu ölçmemektedir. Halbuki transaksiyonel modelin temel vurgusu, ağrının sıklığı, şiddeti gibi özelliklerin kişilerin değerlendirmeleriyle bir strese dönüşmesidir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu durumda ağrının bu duyusal özellikleriyle birlikte duygusal bileşenlerinin de ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu sorunların önüne geçmek amacıyla çalışmanın temel yordayıcı değişkeni olan ağrı stresini incelemek için çalışmada üç farklı yöntem kullanılmıştır: Görsel Analog Skalası (GAS) aracılığıyla tek madde ile ölçülen ağrı şiddeti (son bir hafta içinde yaşanan ağrı şiddetini ölçmektedir); West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Ölçeği'nin alt boyutu olarak üç madde ile ölçülen çok boyutlu ağrı şiddeti (hem görüşme sırasındaki ağrı şiddetini hem geçen hafta boyunca olan ağrı şiddetini hem de ağrıdan duyulan acıyı ölçmektedir); ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi. Söz edilen ölçümlerden alınabilecek en az ve en çok puan, ilgili ölçeğin özelliğine göre değişmektedir. Ortalama puan ise çalışmaya katılan katılımcıların ölçekten aldığı puanın katılımcı sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. GAS ile ölçülen ağrı şiddetinden en az 1 en çok 10 puan alınabilmekte olup katılımcıların ortalama ağrı şiddetlerinin 6.62 olduğu görülmektedir. Katılımcıların en az 0 en çok 18 puan alınabilen çok boyutlu ağrı şiddeti ortalamaları ise 12.05 olarak belirlenmiştir. Son olarak ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinden en az 1 en çok 25 puan alınabilirken, örneklemin ortalamasının 16.62 olduğu görülmüştür. Sonuçlar katılımcıların bu çalışmada üç farklı şekilde ölçülen ağrı streslerinin ölçeklerin orta noktalarının üstünde olduğunu göstermektedir. Çalışmanın hedefi dışında ağrı sonuçları açısından hangi ağrı stresinin daha belirleyici olduğu izleyen bölümlerde tartışılacaktır. Literatürde ağrı değerlendirmesinde yaygın olarak tek maddelik GAS kullanılmaktadır. Ancak bu çalışmada ağrının hem duyusal (iki zamanlı) hem duygusal olarak değerlendirildiği çok boyutlu ağrı şiddetinin, olumsuz ağrı sonuçlarını açıklamadaki rolünün daha belirgin olduğu görülmüştür. Ayrıca çok şiddetli (hem duyusal hem de duygusal olarak) olmasa da sıklıkla ağrı yaşıyor olmak, kişilerin bu duruma ilişkin olumsuz değerlendirmelerine yol açarak sosyal uyumunu

ve işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Bu doğrultuda çalışmanın diğer sonuç değişkeni olan aktivite düzeyi için ise ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin daha belirleyici olduğu görülmektedir.

Yukarıda literatürde ağrının değerlendirilmesine ilişkin eksikler olduğu ve bu çalışmada bu eksikleri bertaraf etmek amacıyla ağrının çok boyutlu olarak değerlendirildiği ve çalışmada ele alınan farklı sonuç değişkenler açısından da ağrı stresi ölçümlerinin etkilerinin farklılaştığı ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Diğer yandan bu çalışma literatürdeki pek çok çalışmadan farklı olarak ağrı şiddetini bir sonuç değişkeni olarak değil kendi başına bir bağımsız değişken olarak ele almıştır. Kronik ağrı hastalarında ağrı şiddetine odaklı bir yaklaşım, yalnızca ağrının duyusal bileşeni olan ağrı şiddetiyle ölçüldüğünde tespit edilemeyen değişimlerin hem hastaların hem de tedavi ekibinin motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Ne yazık ki pek çok hasta için ağrı şiddeti yıllarca varlığını korumakta ve kullanılan ağrı kesiciler ya da ameliyatlar kişilerin ağrıların ortadan kalkmasında yeterli olmamaktadır. Bazen ağrı kesicilerin kötüye kullanımıyla klinik tablo kötüleşmekte ve hastaların ağrının geçmesi yönündeki beklentilerine hekimler de dahil olmaktadır. Ağrı şiddetine odaklı bu bakış açısında ağrı geçmediğinde hasta ve tedavi ekibi bir kısır döngüde kalmaktadırlar. Diğer yandan ağrıyla ilişkili pek çok değişken de bu kısır döngüye dahil olmaktadır. Hastalar geçmeyen ağrılarına uyum sağlamadıklarında ağrıya bağlı engelliliklerinin artması ve günlük aktivitelerinin azalmasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Literatür bölümünde aktarıldığı gibi bu doğrultuda ağrıyı bir sonuç değişkeni olarak tanımlamak yerine kronik ağrının oluşturduğu stresin uyum sağlanması gereken bir sağlık sorunu olarak ele almak bu çalışmanın temel hedefidir. Kronik ağrı, hastaların yaşamlarında bir stres oluşturmaktadır. Ağrı şiddeti bu stresin sadece tek bir bileşenine karşılık gelmektedir. Ancak ağrıyı bir stres kaynağı olarak almak, ağrı şiddetine rağmen ağrının yaşama olan etkisinin azalmasının yolunu açmaktadır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada Transaksiyonel Stres ve Başaçaıkma Modeli'ne göre ağrı yaşantısı hem duyusal hem de duygusal bir yaşantı olarak değerlendirilerek bir yordayıcı değişken olarak ele alınmıştır.

Şuana kadar araştırmanın sosyodemografik ve ağrıyla ilgili değişkenleri tartışılmıştır. Bu çalışmanın temel bir özelliği, kronik ağrı yaşantısını bir stres türü olarak ele alıyor olmasıdır. Kronik ağrı ile kronik stresi madalyonun iki ayrı yüzü olarak ele alan yakın dönemli bir çalışma (Abdallah ve Geha, 2017), iki durumda da kişilerin sosyal, duygusal, duyuşsal ve davranışsal olarak zorlayıcı bir süreç içerisinde bulunduklarına ve bu süreçte kendi içsel kaynaklarını kullanarak dışsal uyaranlara verdikleri tepkilerle bir denge sağlamaya çalıştıklarına odaklanmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, kronik ağrının oluşturduğu stresin ağrıya bağlı sağlık sonuçlarındaki etkisini ve bu etkide ağrıyla başetme stratejilerinin ve özetkinliğin rolünü incelemektir. Bu hedef doğrultusunda hem olumlu hem de olumsuz sağlık sonuçları açısından ağrı stresinin yordayıcı etkilerini incelemek hedeflendiğinden ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi sonuç değişkenleri olarak ele alınmıştır. İki sağlık sonucuna göre iki grup analiz yürütülmüştür. İzleyen bölümde kronik ağrı hastalarında ağrıya bağlı engellilik düzeyini etkileyen değişkenler ve bu etkide ağrıyla başetme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin bulgular tartışılacaktır. Sonrasında çalışmanın ikinci sonuç değişkeni olan aktivite düzeyi açısından çalışmada elde edilen bulgular ele alınacaktır. Ayrıca literatürde ağrı sonuçları üzerinde temel bir etkisi olduğu öne sürülen özetkinlik (Ferreira-Valente vd., 2014; Trouillet vd., 2009; Zlatanovic, 2016) ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkide ağrıyla başetme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin bulgular da değerlendirilecektir.

4.2. Ağrıya Bağlı Engellilik Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Ağrıya bağlı engellilik düzeyi, kronik ağrı hastalarında ağrıya bağlı sonuç değişkenleri arasında en yaygın olarak ele alınan değişken olmakta ve hastaların tedavi başvuruları açısından da kritik önem taşımaktadır. Örneğin; kronik bel ağrısı olan hastalarda yardım arayışını etkileyen faktörleri inceleyen bir derleme çalışmasının sonuçlarında, yüksek engellilik düzeyi olan hastaların düşük engellilik düzeyine göre yardım arama davranışlarının 8 kat daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Ferreira vd., 2010). Bu doğrultuda ağrıya bağlı engellilik düzeyinin tedavi başvuruları açısından

temel değişkenlerden biri olduğu ve kronik ağrı hastalarıyla yürütülen araştırmalarda da temel sonuç değişkenlerden birini oluşturduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada da temel sonuç değişkenlerden biri olarak ağrıya bağlı engellilik düzeyi ele alınmıştır. Çalışmanın temel hedefi doğrultusunda ağrıya bağlı engellilik düzeyinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla öncelikle tüm yordayıcı değişkenler, yordanan değişken ve kontrol değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Sonrasında ağrıya bağlı engellilik düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla korelasyon analizinde anlamlı düzeyde ve .20'nin üzerinde ilişki gösteren ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, pasif başetme, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik, yaşam stresi ve yaş değişkenlerinin bir arada adımsal (stepwise) metot ile modele sokulduğu doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Çoklu hiyerarşik regresyon analizinde birinci blokta kontrol değişkenleri olan yaşam stresi ve yaş analize alınmıştır. İkinci blokta ağrı stresi ile ilgili ölçümler olan ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti ve ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi yer almaktadır. nc blokta ise pasif başetme, genel özetkinlik ve ağrıya özgü özetkinlik analize sokulmuştur. Analiz sonucunda yaşam stresi, yaş, çok boyutlu ağrı şiddeti, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, ağrı şiddeti ve pasif başetmenin bir arada ağrıya bağlı engellilikteki değişimin %50'sini açıkladığı bulgulanmıştır. Yaşam stresi ve yaş değişkenleri kontrol edildiğinde de model anlamlılığını korumaktadır.

Bu çalışmada bir kontrol değişkeni olarak alınan olan yaşam stresinin ağrıya bağlı engelliliğin yaklaşık %17'sini açıkladığı görülmektedir. Bu sonuç, ağrıya bağlı engelliliği ağrı dışındaki diğer stres faktörlerinin de etkilediğine işaret etmektedir. Yaşam stresini ölçmek için katılımcılara son altı ay içerisinde stres kaynağı olabilecek durumları yaşayıp yaşamadıkları ve yaşadırsa bu durumdan olumlu ya da olumsuz etkilenme düzeyleri sorulmuştur. Ayrıca sadece belirli olayların olup olmadığı değil; olduysa kişilerin olumlu ve olumsuz yönde nasıl etkilendiği de değerlendirilmiştir. Bu durum özellikle stres kaynağına ilişkin bireysel değerlendirmelerin ölçülmesi açısından önemlidir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşamlarındaki olumlu olaylar arttıkça (diğer bir değişle yaşam stresi azaldıkça) ağrıya bağlı engellilik düzeyleri de azalmaktadır. Diğer bir deyişle ağrı stresi dışında kişilerin yaşamlarındaki diğer stres

kaynakları ve bu kaynakların olumsuz etkileri de kişilerin ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin artmasına yol açmaktadır. Bu sonuç, bir stres türü olarak kronik ağrının etkileri incelenirken kişilerin yaşamlarındaki diğer stres kaynaklarının kontrol edilmesinin önemini akla getirmektedir.

Yaşam stresinin pek çok hastalık açısından rolü sıklıkla vurgulanmakta olup sağlığın korunmasında ve hastalık yaşantısında stresin rolüne yapılan vurgu günden güne artmaktadır (Slavich, 2016). Bu doğrultuda literatürde stresli yaşam olayları ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır (örneğin; Generaal vd., 2017; Ghosh ve Sharma, 2010; Zeng vd., 2016). Bu çalışmalar, kronik ağrının oluşmasında, sürmesinde ya da şiddetlenmesinde yaşam stresinin rolünü incelemektedir. Genel kanı, yaşam stresinin kronik ağrı ile ilişkisinin güçlü olduğu ve kişilerin strese karşı tepkilerinin kronik ağrının oluşmasını tetiklediğidir. Kronik ağrı ile stresli yaşam olayları ve stres tepkileri arasındaki ilişki tekrarlı olarak vurgulanmasına rağmen bazı çalışmalar kronik ağrı açısından stresli yaşam olaylarının etkileri olduğuna işaret ederken (Lampe vd., 2003; Zeng vd., 2016); diğer bazı çalışmalar ise kronik ağrının oluşmasında olumsuz yaşam olaylarının etkilerini gösterememektedir (Generaal vd., 2017). Dahası, yaşam stresi ve kronik ağrı arasındaki ilişkiye işaret eden bir grup çalışma ise özellikle organik temeli olan ve olmayan kronik ağrı sendromlarında yaşam stresinin rolünü incelemektedir. Eski tarihli bu çalışmaların, organik temeli olmayan ağrı sendromlarında stresli yaşam olaylarının etkilerinin daha fazla olduğunu vurguladıkları görülmektedir (De Benedittis ve Lorenzetti, 1992; Greene vd., 1985; Lampe vd., 1998). Bu çalışmaların vurgusu, organik temel olmadığında psikolojik faktörlerin ön plana çıktığıdır. Bu noktada bu ayrımların kronik ağrıya ilişkin bakış açısındaki değişimi de yansıttığı görülmekte; artık kronik ağrının dualistik bir ayrıma gidilmeksizin organik temeli olsa da olmasa da biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleriyle ele alınmasının önemi ön plana çıkmaktadır.

“Psikolojik ve organik temelli ağrı” ayrımı yapmadan kronik ağrı açısından yaşam stresinin rolünü inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Zeng vd., 2016). Yaşları 18-65 arasında olan 147 kadın kronik ağrı hastasıyla yürütülen, psikososyal

faktörlerin kronik ağrıya olan etkilerini inceleyen bir çalışmanın sonuçlarında stresli yaşam olaylarının artmasıyla ağrının etkilerinin de (özellikle ağrıdan rahatsız olmanın) arttığı görülmektedir (Zeng vd., 2016). Söz konusu çalışma, yaşam stresinin ağrıya bağlı sonuçlar açısından rolünü ele almasa da kronik ağrıda stresli yaşam olaylarının rolüne işaret etmesi açısından önemli olmaktadır. Ancak genel kanının aksine kronik ağrının gelişmesinde hastaların stres tepkilerinin rolünün olmadığına işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Generaal ve arkadaşları (2017), kas ve iskelet sistemi hastalığına bağlı kronik ağrının oluşmasında biyolojik stres sistemindeki sorunların ve olumsuz yaşam olaylarının etkili olup olmadığını sınamak amacıyla başlangıçta 665 hastaya ulaştıkları 6 yıllık bir boylamsal çalışma yürütmüşlerdir. Ancak araştırmacıların beklentilerinin aksine çalışmanın sonuçlarında, ağrının oluşması açısından ne biyolojik stres sistemlerindeki sorunların ne de olumsuz yaşam olaylarının etkisi olduğu gözlenmiştir.

Diğer bazı çalışmalar da kronik ağrı hastaları ile sağlıklı kontrol gruplarının yaşam streslerini karşılaştırmakta ve kronik ağrı hastalarında yaşam stresinin daha fazla olduğuna işaret etmektedir (örneğin; Ghosh ve Sharma, 2010; Feuerstein, Sult ve Houle, 1985). Örneğin; bu çalışmalardan birinde 120 sağlıklı kontrol grubu ile 120 kronik ağrı hastasının stresli yaşam olayları sıklıklarının ve olayların etkilerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir (Ghosh ve Sharma, 2010). Çalışmanın sonuçlarında, kronik ağrı hastalarından oluşan grubun kontrol grubuna göre son bir yıl içerisinde yaşadığı stresli yaşam olaylarının sayısı farklılaşmamaktadır. Ancak kronik ağrı hastalarında olumsuz yaşam olaylarının daha çok kendileri, kişilerarası ilişkileri ve aileleriyle ilgili alanlarda ortaya çıktığı ve hastaların bu yaşam olaylarından daha fazla etkilendikleri görülmektedir. Bu doğrultuda yazarlar, kronik ağrı hastalarında stresli yaşam olaylarının etkileri incelenirken sadece sayıya değil aynı zamanda hangi alanlarda sorun yaşadıklarına ve etkilene düzeylerine de odaklanmanın önemine işaret etmektedir. Tüm bu çalışmalarda dikkati çeken nokta, kronik ağrının yine bir sonuç değişkeni olarak ele alındığı ve sonuç değişkeni olarak alınan ağrının oluşmasında olumsuz yaşam olaylarının etkisinin incelendiğidir. Halbuki, kronik ağrı kendi başına bir stres faktörü olmakta ve ağrının varlığı kişilerin hayatlarında ağrıya bağlı olumsuz sonuçların oluşmasına yol açmaktadır. Hatta bu tez çalışmasının

sonuçlarının işaret ettiği gibi kronik ağrının oluşturduğu stresin dışında kişilerin yaşamlarındaki diğer durumların da ağrıya bağlı engellilik açısından rolü önemli gözükmemektedir.

Kronik ağrı hastalarıyla yürütülen bazı müdahale programları, stres yönetimini hedeflemekte ve böylece hastaların ağrı sonuçlarında gelişme kaydedilmesi amaçlanmaktadır (Cherkin vd., 2016; Rosenzweig vd., 2010). Örneğin; çeşitli gruptan kronik ağrı tanısı olan 133 kişiyle 6 yıl boyunca yürütülen yargısız farkındalık (mindfulness) odaklı stres azaltma tedavisinin sonuçlarında artrit, yaygın ağrı, bel, boyun ağrısı gruplarında yer alan hastalarda stresin azalmasıyla birlikte ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin de azaldığı görülmüştür (Rosenzweig vd., 2010). Başka bir çalışmada da kronik bel ağrısı hastalarının yaşadığı zorluklarla mücadele etme becerilerini geliştirmenin önemi vurgulanarak, yargısız farkındalık (mindfulness) odaklı stres azaltma tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve standart medikal tedavinin ağrı sonuçları açısından etkileri karşılaştırılmıştır (Cherkin vd., 2016). Söz konusu çalışmada, kişilerin işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarına odaklanan BDT ve bedene odaklı eğitimleri hedefleyen yargısız farkındalık odaklı stres azaltma tedavisinin standart tedaviye göre ağrıya bağlı engellilik düzeyinde daha fazla gelişme sağladığı bulgulanmıştır. Diğer yandan iki müdahalenin birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Özet olarak literatürde kronik ağrı hastalarının ağrıya bağlı sonuçlar açısından çeşitli müdahale yöntemleriyle (bedene odaklanan, işlevsel olmayan bilişsel ve davranışsal olarak kalıpları ele alan vs.) stres yönetimi becerilerinin geliştiğine ve buna bağlı olarak ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin de azaldığına işaret edilmektedir.

Tüm bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde, bu çalışma kronik ağrının ağrıya bağlı engellilik düzeyine olan etkilerini incelerken yaşamdaki diğer stres kaynaklarının etkisini de ele alan ve bunu kontrol eden bilinen ilk çalışmadır. Bu durum, ağrıya bağlı engelliliği etkileyen hem yaşam stresi hem de ağrı stresine dikkat çekmekte ve yaşam stresi kontrol edildiğinde de kronik ağrının oluşturduğu stresin ağrıya bağlı engellilik düzeyini etkilediği görülmektedir. Müdahale programlarında stres yönetimiyle birlikte hastaların ağrı sonuçlarında da gelişme kaydedildiği

gözlenmektedir. Bu durum, ağrıya bağlı engellilik düzeyinde gelişme bekleyen müdahalelerin sadece ağrı yönetimini değil aynı zamanda stres yönetimini hedef alan bir bakış açısı gerektirdiğine işaret etmektedir. Sonuç olarak yaşam stresi kontrol edildiğinde dahi ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerinde ağrı stresinin etkisinin devam ettiğini göstermenin çalışmanın güçlü yanlarından birini oluşturduğu söylenebilir.

Çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından etkisi gözlenen bir diğer kontrol değişkeni yaş olmuştur. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %5'ini açıklayan yaşın artmasıyla engellilik düzeyi azalmaktadır. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi ölçülürken kişilerin ağrıları sebebiyle yaşamlarında oluşan değişim sorgulanmıştır. Dolayısıyla çalışmanın sonucu kişilerin yaşla birlikte ağrıdan dolayı yapamadıkları durumların azaldığını göstermektedir. Diğer bir deyişle daha genç yaşta kişilerin, ağrıların hayatlarına olan etkilerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde ağrıya bağlı engellilik ile yaş arasındaki negatif yöndeki ilişkiye işaret eden başka çalışmalar da bulunmaktadır (örn; Asghari, Skynah ve Maryam, 2008; Houde vd., 2016; Stephens vd., 2016). Bu çalışmalar, daha genç olan kişilerin ağrıya bağlı engelliliklerinin de daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Örneğin; Houde ve arkadaşlarının (2016) kronik bel ağrısı olan 164 kişiyle yürüttükleri çalışmalarının sonuçlarında, ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkinin yaşa göre farklılaştığı görülmektedir. Söz konusu çalışmada, katılımcılar yaş ortalaması 40 ve 62 olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, yaş ortalaması 40 olan grupta yaş ortalaması 62 olan gruba göre ağrı ve ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkinin daha yüksek güçte olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle yaş daha genç olan kişilerde ağrının varlığıyla kişilerin hayatlarında daha fazla değişim olmakta ve ağrının oluşturduğu engellilik artmaktadır. Görece daha genç olan hastalar, ağrıya bağlı olarak önceden yapabildikleri pek çok şeyi yerine getirmekte zorlandıklarını ve ağrı dolayısıyla hayatlarının çok olumsuz etkilendiğini belirtmektedir.

Ağrı sebebiyle kişilerin hayatlarında oluşan değişim açısından değerlendirildiğinde; özellikle genç yaş grubunda ağrının yaşamda daha çok değişime yol açması beklenen bir sonuç olmaktadır. Özellikle genç yaş grubunda kişilerin ev

içinde, ev dışında ve sosyal hayatlarında daha fazla yoğunluk olmaktadır. Diğer yandan yaş arttıkça kişilerin günlük yaşamlarında devam eden pek çok aktivitede hali hazırda azalma meydana gelmesi beklendik bir durumdur. Ancak yaş ve ağrıya bağlı engellilik arasındaki bu ilişkiyi şekillendiren bir diğer durumun da beklentiler olduğu söylenebilir. Hem toplumun hem de kişilerin kendilerine ilişkin sağlık beklentilerinin yaş arttıkça farklılaştığı görülmektedir (Gignac vd., 2006). Hemen hemen toplumun çoğunluğu tarafından çeşitli hastalık belirtileri, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılanmakta ve tedavi gerektirmediği düşünülmektedir. Örneğin; osteoartrit hastalarıyla yürütülen bir çalışmanın sonuçlarında, ileri yaştaki bireylerde osteoartrit belirtilerinin yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğunu düşünme eğiliminin orta yaş grubundakilere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Orta yaş grubunda yer alan kişiler ise hastalık belirtileri sebebiyle faaliyetlerine devam edemediklerini, sosyal hayattan çekildiklerini ve sosyal rollerinde azalma olduğunu belirtmektedir. Dahası bu grupta yer alan kişiler, hastalık belirtilerine depresif duygudurum, hayal kırıklığı, üzüntü gibi duyguların ve stres tepkilerinin daha çok eşlik ettiğini belirtmektedir (Gignac vd., 2006). Bu durum, bireylerin yaşlanmaya ilişkin atıflarıyla da ilişkili olmakta ve ağrıya bağlı engellilik ile yaş arasındaki negatif yöndeki ilişki ayrıca bu atıflardan da etkileniyor gözükmektedir. Her ne kadar bu çalışmada söz konusu beklentiler ve yaşa ilişkin atıflar ele alınmamış olsa da bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde, bir yandan görece daha genç yaşta kronik ağrıya bağlı olarak kişilerin fiziksel aktivitelerinin etkilendiği ve daha önceden yaptıkları faaliyetleri ağrı dolayısıyla yapamamaya başladıkları görülürken diğer yandan da yaşlanmaya ilişkin atıfların da sonuçları etkilediği düşünülebilir. Gelecek çalışmalarda ağrıya bağlı engellilik düzeyi incelenirken kontrol değişkeni olarak yaşın ele alınmasıyla birlikte, farklı yaş gruplarının hastalık belirtilerine ilişkin atıflarının da incelenmesi önemli gözükmektedir.

Bu çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi kontrol değişkenlerinden yaşam stresinin ve yaşın etkilediği görülmüştür. Diğer yandan araştırmanın başında kontrol edilmesi planlanan gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve ağrı süresi değişkenleri ise ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile anlamlı ilişki göstermediklerinden ya da korelasyon değerleri .20'nin altında (gelir düzeyinde

olduğu gibi) olduğundan regresyon analizine dahil edilmemiştir. Demografik değişkenler ağrıya bağlı sonuçları etkileme olasılığı bulundurmakla birlikte bu çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından sadece yaş ve yaşam stresinin etkili olduğu görülmektedir. Bu durumun olası nedenleri arasında örneklemin sosyodemografik özelliklerinin benzer olması ve vaka sayısı gösterilebilir. Özellikle korelasyon gücü anlamlı olmakla birlikte düşük olan gelir düzeyi ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkinin daha büyük örnekleme tekrar incelenmesi farklı sonuçlar verebilir. Dolayısı ile gelir düzeyi, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum değişkenleri ile engellilik arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamasında örneklemin bu sosyodemografik değişkenler açısından büyük ölçüde homojen olmasının rol oynamış olabileceği düşünülebilir.

Kontrol değişkeni olan ağrı süresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında da anlamlı düzeyde ilişki gözlenmemiştir. Literatürde kronik ağrı hastalarıyla yürütülen çalışmalarda ağrı süresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Egwu ve Olakunle, 2012; Peters vd., 2000; Probst vd., 2016). Ağrı süresinin artması ile ağrıya bağlı engellilik düzeyinin de arttığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Peters vd., 2000), bazı çalışmalarda ise ağrı süresi ile ağrıya bağlı engellilik arasında bir ilişki gözlenmemektedir (Egwu ve Olakunle, 2012; Probst vd., 2016). Hatta bazı çalışmalarda ağrıya bağlı engellilik ile ağrı süresi arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmesine rağmen ağrı ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkide aracı rolü olan değişkenlerle ilişkileri ağrı süresinin biçimlendirdiği görülmektedir (Probst vd., 2016). Söz konusu çalışmada, kronik ağrının ağrıya bağlı engellilik üzerindeki etkisinde ağrı süresinin biçimlendirici rolü incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarında ağrı ile engellilik arasındaki ilişkide depresif duygudurumun aracı rolü ve bu ilişkilerin ağrı süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Çalışmada çok düşük (12 ay), düşük (24 ay) ve orta (60 ay) derecede ağrı süresine sahip olan hastalarda ağrı ile engellilik arasındaki ilişkide depresif duygudurumun aracılık etkisi gözlenmezken; yüksek (120 ay) ve çok yüksek (240) ağrı süresi olan kişilerde ağrı ve engellilik arasındaki ilişkide depresif duygudurumun aracı rolü gözlenmektedir. Yüksek ağrı süresi olanlarda ağrının engellilik üzerindeki etkisinin %17'si, çok yüksek ağrı süresi olanlarda ise %23'ü depresif belirtilerin aracılığıyla

olmaktadır. Ayrıca bahsi geçen çalışmada ağrı süresinin, ağrı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi biçimlendirici etkisi gözlenirken, depresif belirtiler ile engellilik arasındaki ilişkiyi biçimlendirici etkisi gözlenmemektedir (Probst vd., 2016).

Öte yandan bu tez çalışmasında örneklemin sosyodemografik değişkenler açısından büyük ölçüde homojen özellikler gösteriyor olmasının aksine ağrı süresi açısından çok çeşitli olduğu görülmektedir. Minimum bir maksimum 50 yıldır ağrı yaşayan kişilerden oluşan örneklemin ortalama ağrı süresi ise 9.38 yıldır. Yukarıda da atıf yapılan Probst ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında beş gruba ayrılan katılımcılardan en az 10 yıldır ağrı yaşayanlar yüksek (dördüncü derece) ağrı süresinde gruplandırılmıştır. Ağrı süresi açısından alt gruplar oluşturup ağrı süresinin etkisini incelemek bu çalışmanın hedefleri dışındadır. Ancak ortalama ağrı süresinin kronik ağrı grubu özelliklerini temsil ettiği söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçlarında ağrı süresi, ağrıya bağlı engellilik açısından doğrudan etki oluşturmaya da söz konusu ilişkileri etkileme potansiyeli olabilecek bir değişken olarak gelecek çalışmalarda biçimlendirici etkisi incelenebilir. Sonuç olarak, ağrıya bağlı engellilik açısından yaşam stresi ve yaş bu çalışmada kontrol edilmesi gereken değişkenler olarak ön plana çıkmaktadır. Gelecek çalışmaların daha çok kişiyle ve heterojen örneklemelerde tekrarlanması söz konusu sonuçların daha detaylı ele alınmasına izin verebilir.

Çalışmanın sonuçlarında, ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi en yüksek oranda açıklayan değişkenin çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresinin olduğu görülmüştür. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi, bu çalışmada üç farklı şekilde ölçülen ağrı stresi ölçümlerinin hepsinin anlamlı düzeyde açıkladığı görülmüştür. Ancak ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %18'ini çok boyutlu ağrı şiddeti açıklamaktadır. Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, ağrıya bağlı engellilik düzeyinin %1'ini açıklarken ağrı şiddeti ise %2'sini açıklamaktadır. Bu durum ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından kronik ağrının oluşturduğu stresi belirlemenin en güçlü yolunun çok boyutlu ağrı şiddeti ile alınan ölçüm olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi arttıkça ağrıya bağlı engellilik düzeyleri de artmaktadır. Çok boyutlu ağrı şiddeti “görüşme esnasında yaşanan ağrı şiddeti”, “geçen hafta boyunca yaşanan ağrı şiddeti”

ve “ağrıdan dolayı duyulan acı” olmak üzere üç maddeyi içermektedir. Geçen hafta içerisinde alınan ağrı şiddeti ölçümü, ortalama ağrı şiddeti ile ilgili bilgi verirken; görüşme sırasında varolan ağrı şiddetinin de ölçülmesi, hatırlamadan kaynaklı hataları engellemektedir. Diğer yandan ağrıdan duyulan acı ise ağrının duygusal bileşenine ilişkin bilgi vermektedir. Bu doğrultuda çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrının hem duygusal hem de duygusal olarak değerlendirilmesine fırsat verdiği söylenebilir.

Literatürde ağrı yaşantısının hem duygusal hem de duygusal ve bir stres türü olarak kavramsallaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, kronik ağrıda sadece ağrı şiddetine odaklı bakış açısından uzaklaşarak ağrıyı duygusal ve duygusal bir stres yaşantısı olarak kavramsallaştıran bilinen ilk çalışmadır. Literatürde pek çok çalışma ağrı şiddetini bir sonuç değişken olarak ele almakla birlikte ağrı ile engellilik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ağrı yaşantısı bir stres türü olarak değil sadece duygusal bir yaşantı olarak ele alınmakta ve tek başına şiddet olarak değerlendirilmektedir (Hauser vd., 2014; Puente vd., 2015; Stefane vd., 2013). Söz konusu çalışmalarda ağrı şiddetinin tek maddeyle ve çoğunlukla GAS (bu çalışmada da ağrı stresi ölçümlerinden biri olarak kullanılan) ile ölçüldüğü görülmektedir. Bu araştırmalar tek madde ile değerlendirilen ağrı şiddetinin, ağrıya bağlı engelliliğin artmasına etki ettiğine işaret etmektedir. Ancak tek madde ile değerlendirildiğinde; ağrının, ağrıya bağlı engellilikteki değişimi daha düşük oranda açıkladığı görülmektedir. Örneğin; Stefane ve arkadaşlarının (2013), kronik bel ağrısı olan hastalarda ağrı şiddeti, yaşam doyumu ve engellilik arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarının sonuçlarında; tek başına ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilikteki değişimin %4’ünü açıkladığı görülmüştür. Başka bir çalışmanın sonuçlarında, ağrı şiddetinin yine ağrıya bağlı özellikle fiziksel engelliliği etkilediği belirtilmektedir (Asghari, Skyneh ve Maryam, 2008). Ancak söz konusu çalışmada son altı ay içerisinde değerlendirilen ağrı şiddetinin bağımsız etkisi belirtilmeyip kontrol değişkenleri olarak ele alınan eğitim seviyesi, yaş, ağrı süresi ve ağrı şiddeti bir arada fiziksel engelliliğin %16’sını açıklamaktadır (Asghari, Skyneh ve Maryam, 2008). Ağrıyı duygusal bileşeni olmadan sadece GAS ile değerlendiren bir diğer çalışmada, yaş ortalaması 50 olan 144 FMS tanısı almış kadın hastanın ağrı şiddetlerinin ve ağrı duyarlılıklarının artmasının fiziksel işlevselliklerinin azalmasına

diğer bir değişle ağrıya bağlı engelliliklerinin artmasına etki ettiği bulgulanmıştır (Puente vd., 2015). Bu tez çalışmasında da tek maddelik ağrının sadece duyuşal bileşenine odaklanan GAS ile ölçülen ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engelliliğin ancak %2'lik bir kısmını açıklamaktadır. Diğer yandan ağrı şiddeti çok boyutlu olarak değerlendirildiğinde, yaşam stresi (%17) ve yaş (%5) kontrol edildiğinde dahi ağrıya bağlı engellilikteki değişimin %18'ini açıklamak mümkün olmaktadır.

Ağrı stresinin üç farklı yöntemle ölçölmesiyle ele alınan bu çalışmanın sonuçları, ağrıya bağlı engellilik açısından ağrının hem duyuşal hem de duygusal olarak ölçölmesinin öneme işaret etmektedir. Literatürde ağrı şiddetinin ölçölüne ilişkin öneriler bulunmakla birlikte, ağrı şiddetinin çoğunlukla geriye dönük olarak ölçölüdüğü görölmektedir. Halbuki bu tez çalışmasında görüşme sırasındaki ağrının da değerlendirilmesini içeren çok boyutlu ağrı şiddeti ölçölünün ağrıya bağlı engelliliği tespit etmek açısından da daha fazla bilgi verdiği görölmektedir. Bu durum, ağrının değerlendirilmesinde sıklıkla vurgulanan hali hazırda kişilerin doğal yaşamlarında ağrı ölçöllerinin alınmasının öneme de bir kez daha işaret etmektedir. Ağrı şiddetinin iki zamanlı ölçölmesinin de ötesinde çok boyutlu ağrı şiddetinin bir diğer önemli noktası ağrının duygusal bileşenini değerlendirmesidir. Bu doğrultuda ağrıya ilişkin alınan bu çok boyutlu ölçölümün ağrıya bağlı engelliliği açıklayıcı rolünün fazla olması yapılabilecek müdahaleler açısından da önemli gözökmektedir.

Ağrıya bağlı engellilik açısından ağrının duyuşal ve duygusal bileşenine ilişkin rolün bir arada tespit edilmesi, kronik ağrının biyopsikososyal olarak ele alınmasının öneme tekrar işaret etmektedir. Kronik ağrıya ilişkin medikal tedavilere bakıldığında; ağrı şiddetinin azalmasını amaçlayan ilaçlarla elde edilen başarının ortalama düzeylerde kaldığı görölmektedir (Collins vd., 2000; Nicholas, Molloy ve Brooker, 2006). Örneğin; nöropatik ağrıda antidepresanların ve antikonvölzanların etkililiğini inceleyen bir derleme çalışması, kullanılan ilaçlarla ağrı şiddetinin yaklaşık %36 oranında azaldığına işaret etmektedir (Collins vd., 2000). Bilişsel davranışçı ağrı yönetim programlarına ilişkin yapılan bir derleme çalışması ise uzun süreli opiat kullanımıyla ağrı şiddetinin %32 oranında azaldığına ve ilaç kullanımının bazı hastalarda daha riskli olduğuna işaret etmektedir (Nicholas, Molloy ve Brooker, 2006).

Söz konusu çalışmada bazı hastaların opiat kullanımının artmasının ağrıyla ilişkili faaliyetleri ve ağrıya bağlı engellilikle ilişkili olan kaçınma odaklı başetme stratejilerini arttırdığı görülmektedir. Diğer yandan multidisipliner tedavi programlarıyla birlikte de ağrı şiddetinde diğer sonuç değişkenlere göre daha az gelişme kaydedildiği görülmektedir. Ağrı şiddetini düşürmeyi hedef alan müdahalelerin hem hastaları hem de tedavi ekibini bir kısır döngüde bıraktığı görülmektedir. Elbette ağrı şiddetinde gerçekleşen bu düşme önemli olmakla birlikte pek çok hasta ağrı şiddetlerinin tedaviye rağmen devam etmesinden şikâyet etmektedir. Bu durum, ağrının duygusal bileşeninin önemine işaret etmekte ve tam da bu noktada kronik ağrının hem duygusal hem de duygusal bir stres türü olarak ele alınmasının önemi bu çalışmanın sonuçlarında da tekrar ortaya çıkmaktadır. Bu tez çalışmasının sonuçlarında çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik açısından rolünün diğer tüm değişkenlerin önüne geçmesi, ağrıya ilişkin duygusal değerlendirmelerin de önemini bir kez daha akla getirmektedir. Bu durumda devam eden, artan ya da azalan ağrı şiddetine rağmen tedavinin hedefinin ağrı yönetimi olması gerektiği de bir kez daha düşünülebilir.

Çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi en az açıklayan ağrı stresi ölçümünün ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi (%1) olduğu görülmüştür. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrı stresi ölçümleri içinde en belirleyici olan ağrının duygusal ve duygusal olarak değerlendirildiği çok boyutlu ağrı şiddeti olmuştur. Bu durum özellikle ağrının kişilerin yaşamlarındaki etkisi açısından beklendik bir sonuç olmaktadır. Literatürde farklı ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmadığından sonuçları tartışmak zorlaşmaktadır. Ancak ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin ağrıya bağlı engellilik açısından geri planda kalmasıyla ilgili bir açıklama, ağrının yarattığı strese ilişkin bu değerlendirmenin görece daha nötr olması olabilir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrıya ilişkin olumsuz değerlendirmeleri (acı, şiddet) içeren çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrı stresini ölçmekte daha etkili olduğu düşünülebilir. İzleyen bölümde aktarılacağı gibi aktivite düzeyi için ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi diğer ağrı stresi ölçümlerinin önüne geçmiştir. Sıklıkla ağrı yaşamak ve bu durumdan duyulan rahatsızlığın bir çarpım olarak ele alınmasının özellikle günlük rutin işlerdeki değişimi daha fazla açıkladığı

görülmektedir. Diğer yandan ağrıya bağlı olarak kişilerin yaşamlarında bir değişim/olumsuz bir etki oluşmasında ağrının duysal ve duygusal olarak değerlendirmesinin ön planda olduğu düşünülebilir. Ancak yine de ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile hesaplanan ağrı stresinin hem ağrıya bağlı engellilik hem de aktivite düzeyi açısından açıklayıcı gücünün düşük olduğu görülmektedir. Gelecekte bu ölçüm yöntemlerini farklı değişkenler açısından karşılaştıracak daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca bundan sonraki çalışmalarda ağrının ölçümünde söz konusu bu ölçümlerin bir batarya şeklinde hazırlanmasının da farklı sonuçlar verebileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyini açıklamakta ön plana çıkan bir diğer değişken pasif başetme olmuştur. Çalışmanın sonuçlarında, ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimin %7'sini ağrıyla pasif başetmenin açıkladığı görülmüştür. Kişilerin ağırlarıyla başetmede kullandıkları pasif stratejilerin artması ağrıya bağlı engellilik düzeyinin artmasını etkilemektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından pasif başetme stratejilerinin riskli olduğu literatürdeki pek çok çalışmada gösterilmektedir (örneğin; Benyon vd., 2010; Chou ve Shekelle, 2010; Hechler vd., 2010; Hundt vd., 2015; Jensen, Turner ve Romano, 2007; Pedersen vd., 2016; Samwel vd., 2006; Tan vd., 2011; Van Tilburg vd., 2015). Örneğin; kronik bel ağrısı hastalarında engelliliği açıklamakta rolü olan değişkenleri inceleyen bir derlemenin sonuçlarında, pasif başetme stratejilerinin ağrıya bağlı engelliliği en çok etkileyen değişkenler arasında yer aldığı görülmektedir (Chou ve Shekelle, 2010). Benzer şekilde osteoartrit hastalarında özetkinliğin ve başetme stratejilerinin ağrı sonuçları açısından rolünü inceleyen bir derlemenin sonuçları da hem kesitsel hem de boylamsal olarak pasif başetmenin ağrıya bağlı engellilikte artmaya etki ettiğine işaret etmektedir (Benyon vd., 2010). Çeşitli gruptan kronik ağrı hastalarıyla yürütülen başka bir çalışmanın sonuçlarında da endişe, dinlenme ve geri çekilmeyi içeren pasif başetme boyutunun ağrıya bağlı engellilikteki değişimin yaklaşık %6'sını açıkladığı görülmektedir (Samwel vd., 2006).

Pasif başetme stratejilerinin ağrıya bağlı engellilik açısından riskli olduğuna dair bulgular, kronik ağrı hastası olan adolesanlarla yürütülmüş çalışmalar tarafından

da desteklenmektedir (örn; Hechler vd., 2010). Örneğin; kronik ağrı şikâyeti bulunan 103 kişiyle yürütülen bir çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından pasif başetme stratejilerinin rolü gözlenmekte olup multidisipliner tedavi programı ile kişilerin pasif başetme stratejilerinde gelişme kaydedildiği ve böylece ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin de azaldığı bulgulanmıştır (Hechler vd., 2010). Benzer şekilde, Jensen, Turner ve Romano (2007) tarafından kronik ağrı hastalarına ilişkin yürütülen multidisipliner tedavide pasif başetme stratejilerinde kaydedilen gelişmenin etkileri incelenmiştir. Çalışmada kişilerin pasif başetme stratejileri ile engellilik düzeyleri arasındaki ilişki önce kesitsel olarak incelenmiş ve pasif başetmenin artmasıyla ağrıya bağlı engelliliğin arttığı gözlenmiştir. Dahası pasif başetmeyi daha çok kullanan kişilerde ağrıya bağlı engellilik düzeyinin takip görüşmesinde de daha fazla olduğu gözlenmiştir. Özet olarak, bu tez çalışmasında elde edilen pasif başetmenin ağrıya bağlı engelliliğin artmasındaki rolüne ilişkin bulgu literatürle uyum sağlamaktadır.

Pasif başetme kişilerin ağrıya dönük geri çekilme (kaçınma), dinlenme, endişelenme gibi bilişsel ve davranışsal stratejilerine karşılık gelmektedir. Pasif başetme ve ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkiyi kaygı-kaçınma modeli ile açıklamak mümkün olmaktadır (Lethem, Troup ve Bentley, 1983; Simons ve Kaczynski, 2012). Kaygı-kaçınma modelinin temel vurgusu, kaçınma davranışlarıdır. Kaçınma davranışları fiziksel aktiviteler, hareket etme, sosyal etkileşim, boş zaman aktiviteleri gibi yaşamın pek çok alanına yayılmakta olup ağrı oluşması beklentisiyle kişilerin tüm bu faaliyetlerini kısıtlamalarına karşılık gelmektedir. Gerçekten de kişiler belirli faaliyetleri engellediklerinde, ağrının oluşmasını kısa vadede engelleyebilirken; bu durum kişilerin ağrıya ilişkin bilişsel ve pasif bir strateji olan endişe/kaygı duygularını da devam ettirmektedir. Diğer bir deyişle ağrının varlığı kişinin zihninde bir felaket olarak kalmaktadır. Bu doğrultuda kaçınma davranışları ve kaygı arasındaki ilişki birbirini etkileyerek engelliliğin oluşmasına da yol açmakta ve bir kısır döngü olmaktadır (Lethem, Troup ve Bentley, 1983; Simons ve Kaczynski, 2012).

Çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından pasif başetmenin riskli olduğu görülmekle birlikte aktif başetmenin rolü ise gözlenmemiştir. Korelasyon değerlerine bakıldığında, aktif başetmenin ağrıya bağlı engellilikle

ilişkisinin düşük düzeyde olmakla birlikte negatif yönde anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir ($r = -.153$; $p < .05$). Diğer bir değişle aktif başetme arttıkça ağrıya bağlı engellilik azalma eğilimindedir. Ancak bu ilişki regresyon analizinde devam etmemektedir. Ağrıya bağlı engellilik ile pasif başetmenin aksine aktif başetmenin güçlü bir ilişki göstermemesi farklı çalışmalar tarafından desteklenmektedir (örn; Riddle ve ark., 2011; Riddle vd., 2018; Tan vd., 2011). Kronik ağrı hastalarıyla yapılan çalışmaların sonuçları, özellikle olumsuz sonuç değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile aktif başetme arasındaki ilişkinin tutarsız olduğuna işaret etmektedir. Bu tez çalışmasında aktif başetmenin ağrıya bağlı engellilik düzeyiyle ilişkisinin zayıf güçte olmasına ilişkin bir açıklama, aktif başetmenin bağlama daha duyarlı olması olabilir (Ferreira-Valente vd., 2014; Riddle vd., 2018). Örneğin; kronik ağrı hastalığı olan bir kişinin ağrı olduğunda bu ağrıyı yok sayarak ev işlerine devam etmesi ağrının şiddetlenmesine yol açabilirken; sosyal hayatta ağrı yaşantısı olduğunda bu sinyallere odaklanmayıp günlük aktivitelerine devam eden biri için aktif stratejiler işlevsel olarak yorumlanabilir. Sonuç olarak, aktif başetmenin bu çalışmada ele alınan ağrıya bağlı engellilik düzeyini açıklamakta etkisi gözlenmemekle birlikte bir sonraki başlıkta tartışılacağı gibi olumlu sağlık sonuçları açısından ise rolü daha farklı olmaktadır. Diğer yandan gelecek çalışmalarda özellikle aktif başetme, çok boyutlu ağrı şiddeti ve engellilik düzeyi arasındaki ilişkilerin boylamsal desenlerle incelenmesi daha farklı sonuçlara ulaşmayı da mümkün kılabilir.

Buraya kadar hem ağrı stresinin hem de pasif başetmenin ağrıya bağlı engellilik açısından rolü ele alınmıştır. Bu çalışmanın diğer bir amacı ise ağrı stresinin ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki yordayıcı etkisinde ağrıyla başetme stratejilerinin aracı rolünü incelemektir. Aracı etki analizlerinde Baron ve Kenny (1986) tarafından belirtilen birtakım ön koşullar sıralanmıştır. Öncelikle hem yordanan hem yordayıcı hem de aracı değişkenlerin birbiri ile ilişkisi anlamlı olmalı ve bu ilişkiler yalnızca korelatif değil aynı zamanda Basit Doğrusal Regresyon Analizlerinde de anlamlılığını korumalıdır. Aracı değişkenin kontrol edildiği durumda yordanan ve yordayıcı değişken arasındaki ilişki eğer anlamını kaybederse tam aracılıktan söz edilmektedir. Ancak söz konusu ilişki anlamını korumakla birlikte düşüş gösterirse kısmi aracılık

söz konusu olmaktadır. Bu düşüşlerdeki anlamlılıklar ise Sobel Z testi ile değerlendirilmektedir.

Çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi en güçlü yordayıcı etkiye sahip olan değişkenin çok boyutlu ağrı şiddeti olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide öncelikle başetme stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir. Başetme boyutları açısından değerlendirildiğinde çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aktif başetmenin aracı rolü gözlenmezken pasif başetmenin kısmi aracı rolü bulunmaktadır. Bu doğrultuda çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinin bir kısmının pasif başetme üzerinden olduğu görülmüştür. Bu durum, kişilerin çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresleri arttıkça pasif başetme stratejilerini daha çok kullandıklarına ve böylece ağrıya bağlı engellilik düzeylerinin de artış gösterdiğine işaret etmektedir. Diğer bir deyişle bu çalışmanın sonuçları, ağrı stresinin ağrıya bağlı engellilik düzeyini hem doğrudan hem de pasif başetme stratejileri aracılığıyla dolaylı olarak etkilediğine işaret etmektedir.

Çalışmanın sonuçları kronik ağrı hastalarında, kronik ağrının oluşturduğu stres arttıkça hastaların bu stresle başetmede kullandıkları pasif başetmelerin artmasına; pasif başetmenin artmasıyla da ağrıya bağlı engellilik düzeyinin artış gösterdiğine işaret etmektedir. Literatürde pasif başetmenin ağrıya bağlı engellilik açısından rolüne işaret eden çalışmalar olmakla birlikte kronik ağrı ve engellilik arasındaki ilişkide başetmenin aracılığını inceleyen çalışma ise sınırlıdır (örn; Lami vd., 2018). Sınırlı sayıdaki çalışmalardan birinde, Lami ve arkadaşları (2018) 91 fibromiyalji hastasından oluşan bir grupta sadece şiddet olarak ölçtükleri ağrı ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkide çeşitli psikososyal değişkenlerin aracı rolünü incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarında ağrı ile psikolojik sonuç değişkenler olan depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkide ağrıyı felaketleştirmenin aracı rolü gözlenmekle birlikte ağrı ile ağrıya bağlı engellilik arasında ise başetmenin ya da ağrıyı felaketleştirmenin aracı rolü gözlenmemiştir (Lami vd., 2018). Araştırmacılar, bu durumu fiziksel sonuç değişkenler açısından psikososyal faktörlerin rolünün sınırlı olmasıyla açıklamakla

birlikte bu tez çalışmasında ağrı çok boyutlu olarak değerlendirildiğinde; ağrı ile engellilik arasında pasif başetmenin aracı rolü gözlenmiştir. Kronik ağrı grubunun dışında farklı hastalık gruplarında da başetmenin aracı rolüne ilişkin bulgular incelenmiştir. Örneğin; kalp ve akciğer hastalığı olan kişilerde hastalığın şiddeti ile hastalığa bağlı engellilik düzeyi arasında başetme stratejilerinin aracı rolünü inceleyen bir çalışma sonuçları, aktif başetme stratejilerinin aracı rolü olduğuna işaret etmezken kaçınma odaklı diğer bir deyişle pasif başetmenin aracı rolüne işaret etmektedir (Hundt vd., 2015). Başka bir ifadeyle hastalığın şiddeti arttıkça pasif başetme artıp böylece ağrıya bağlı engellilik düzeyi de artış göstermektedir. Ancak hastalık şiddetinin artması ya da azalması aktif başetme stratejilerini etkilememektedir. Hastalık şiddetinin ve başetme stratejilerinin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkilerini inceleyen pediatri grubunda yapılan bir çalışma, ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından pasif başetme yöntemlerinin ve özellikle endişenin rolüne işaret etmektedir (Van Tilburg vd., 2015). Söz konusu çalışma hastalıklarına dair fiziksel bir açıklama bulunamayan karın ağrısı olan çocuklar ve patolojik temeli belli iltihaplı bağırsak sendromu olan çocuklarla yürütülmüştür. Çalışmada pasif başetme stratejilerinin aracı rolü incelenmemekle birlikte sonuçlar, hastalık şiddeti ve başetme stratejilerinin ağrıya bağlı engellilik düzeylerini açıkladığına ve hatta pasif başetmenin ağrıya bağlı engelliliği açıklamadaki etkisinin hastalık şiddetinden daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Özet olarak bu tez çalışmasının sonuçları, ağrının çok boyutlu olarak ölçüldüğü durumda ağrıya bağlı engellilikteki değişimi açıklama gücünün arttığına ve çok boyutlu ağrı şiddeti ile engellilik düzeyi arasında pasif başetmenin aracı rolünün varlığına dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda literatürdeki kronik ağrı çalışmalarından farklı olarak ağrının duyuşal ve duygusal olarak ölçülmesinin önemini akla getirmektedir.

Bir önceki bölümde ele alındığı gibi pasif başetme ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkiye ilişkin kaygı-kaçınma teorisinin (Lethem, Troup ve Bentley, 1983; Simons ve Kaczynski, 2012) açıklamaları aydınlatıcı olmaktadır. Bu çalışmanın bulguları ağrı stresinin pasif başetmenin kullanımını etkilediğini de ön plana çıkarmaktadır. Diğer bir deyişle kaygı-kaçınma teorisi, kişilerin gelecekte oluşacağını düşündüğü ağrı yaşantısını engellemek amacıyla kullandıkları kaçınma davranışlarına,

kaçınma davranışlarıyla ağrı endişelerinin de arttırdığına ve engelliliğin oluştuğuna işaret etmektedir. Bu tez çalışmanın sonuçlarında ayrıca pasif başetme kullanımı için ağrı stresinin bir tetikleyici olduğu görülmektedir. Çok boyutlu olarak ölçülen ağrı şiddetinin ön plana çıkması ise hem ağrı şiddetinin hem de ağrıdan duyulan acının artmasıyla ağrıya verilen pasif başetme tepkilerinin de arttığına işaret etmektedir. Bu noktada, ağrı stresinin artmasıyla pasif başetmenin de artması, ağrıya ilişkin felaketleştirme düşüncelerini akla getirmektedir. Felaketleştirme, kişinin ağrıya ilişkin olumsuz imajları ve düşünceleri tekrarlı olarak zihninde canlandırmasına ve büyütmesine karşılık gelmektedir. Ağrıya ilişkin felaketleştirme düşüncelerinin artması, kişilerin ağrıya ilişkin kaygılarını da devam ettirmekte ve ağrı kendi başına bir tehdit olarak yorumlanmaktadır (Davey ve Levy, 1998; Eccleston vd., 2001). Kişi ağrıya ilişkin bu düşüncelerle sosyal hayatına ve işlerine devam etmediğinde ağrının oluşması durumuna ilişkin “felaketleştirme senaryoları” da gerçekleşmiş olmaktadır. Bu durum, kişilerin yaşamlarında ağrının etkisinin de artmasına ve sonuç olarak tüm yaşam alanlarında ağrı nedeniyle eskiden yapılan işlerde bir azalma oluşmasına sebep olabilir. Kendini gerçekleştiren kehanet olarak da adlandırılabilir olan bu durumun bir tetikleyicisinin ağrı stresi olabileceği çalışmanın sonuçlarında görülmektedir.

Bu tez çalışmasında pasif başetmenin ağrı stresi ve ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aracı etkisine dair bulgu, kronik stres koşullarında stresin etkisinin artmasıyla kişilerin uyuma dönük olmayan başetme yöntemlerini daha fazla kullandıkları beklentisiyle tutarlıdır. Lazarus ve Folkman'ın (1984) Transaksiyonel stres ve Başetme Modeli'nin vurgularıyla da tutarlı olarak stres kaynağı ve başetme yöntemleri bir arada sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Modele adını veren transaksiyonel kavramı, kişilerin birincil ve ikincil değerlendirmelerinin birbirini etkilediğine işaret etmektedir. Örneğin; kişi yaşadığı ağrıyı çok şiddetli, dayanılmaz ve çok acı veren bir durum olarak değerlendirdiğinde; bu durumda sosyal hayattan geri çekilme, kaçınma ve geleceğe dair endişe yaşama düzeyinin artış göstermesi beklenebilir. Diğer yandan ağrıya başetmede bu yöntemleri kullandıkça da kişilerin ağrıya ilişkin olumsuz değerlendirmelerinin artması ve ağrı streslerinin de yükselmesi beklendik bir durum olmaktadır. Bu tez çalışmasında kesitsel bir yöntem kullanılmış olması sebebi ile çok boyutlu ağrı stresi ve başetme arasındaki karşılıklı belirleyicilik

ilişkisi test edilememiş olsa da kronik ağrı bir stres türü olarak ele alındığında; ağrıya ve kişinin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin değişmesiyle kronik ağrının oluşturduğu stresin azalmasının mümkün olabileceği akla gelmektedir. Kronik hastalıklar gibi değiştirilemeyen stres kaynaklarında kişinin kontrolünde olan değişkenleri keşfetmek önemlidir. Bu noktada ağrıyı sadece bir şiddet olarak ele almayıp çok boyutlu değerlendirmek müdahale alanlarını da genişletmektedir. Örneğin; son dönemde literatürde ağrıya uyumda önemi vurgulanan bir kavram ağrı kabulüdür (Esteve vd., 2007; McCracken ve Eccleston, 2005). Başetme stratejileri kişinin kendi kaynaklarına ilişkin yaptığı bir değerlendirme diğer bir deyişle ikincil değerlendirme iken, ağrı kabulü ise stresöre ilişkin bir yaklaşım olmakta ve ağrıya ilişkin birincil değerlendirmelere karşılık gelmektedir. Ağrı kabulü, ağrıdan kaçmadan ve ağrıya ilişkin olumsuz düşüncelere kapılmadan kişinin yaşam faaliyetlerine devam edebilmesi anlamına gelmektedir (McCracken ve Eccleston, 2005). Bu çalışmada hem ağrı stresinin hem de başetme stratejilerinin ağrıya bağlı engellilik düzeyine olan etkisine dair bu bulguların, birincil ve ikincil değerlendirmeleri hedef alacak şekilde müdahale alanlarına dair önemli ipuçları sunduğu düşünülmektedir.

Literatürde hem pediatri grubuyla hem de yetişkin hastalarla yürütülen çalışmalar (Chou ve Shekelle, 2010; Hechler vd., 2010; Pedersen vd., 2016; Van Tilburg vd., 2015), başetme stratejilerinin çok küçük yaştan itibaren kullanılmaya başladığına işaret etmekte olup ağrıya bağlı engelliliği azaltmayı hedefleyen müdahale programlarının çok geniş yaş aralığında kullanılabileceğini akla getirmektedir. Özellikle pediatri grubunda yapılan çalışmalar, kişilerin stresle başedebileceklerine dair değerlendirmelerinin kullandıkları başetme stratejilerini şekillendirdiğine işaret etmektedir. Gerçekten de kronik ağrı tanısı olan çocukların stresli durumları daha iyi hale getirebileceklerine ilişkin inançları (özetkinlik) azalmakta ve bu durum aktif başetmeleri daha az pasif başetmeleri ise daha fazla kullanmalarında rol oynamaktadır. Ötesinde pasif başetme yöntemlerinin daha fazla kullanılmasıyla hem semptomlar hem de engellilik düzeyi artmakta ve hastalık gittikçe kronikleşmektedir (Walker vd., 2007). Ağrı stresinin artması ağrıya bağlı engelliliğin artmasında rol oynayabilirken, bu çalışmanın sonuçları ağrı stresinin ağrıya bağlı engelliliğe dönmesinde değiştirilebilir koşullar olan pasif başetmeye de işaret etmektedir. Bu doğrultuda

kronik ağrıda pasif başetme yöntemlerinin daha az kullanılmasının, ağrı sonuçlarının farklılaşmasını da etkileyebileceği düşünülebilir. Bu bulgu, aynı hastalık tanısı olan kişilerin hastalıklarını farklı şekillerde yaşamalarının nasıl mümkün olduğuna bir cevap olmaktadır. Bu doğrultuda ağrının bir stresör olarak ele alınması, tedavilerde sadece ağrı şiddetine değil ağrıdan duyulan acı, ağrıya ilişkin değerlendirmeler gibi ağrının duygusal bileşenlerine de müdahale etme fırsatı sunmaktadır. Böylece ağrı şiddeti değişmese de kişilerin ağrıya ilişkin değerlendirmelerinin değişmesi ile ağrının oluşturduğu stresin daha iyi yönetilebileceği düşünülebilir.

Çok boyutlu ağrı şiddeti ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide aracı rolü incelenen diğer başetme boyutu ise aktif başetmedir. Çeşitli gruptan kronik ağrı hastalarıyla yürütülen çalışmalarda, pasif başetme boyutunun ağrıya bağlı engellilik açısından riskli olduğuna ilişkin bulgu elde edilirken; yukarıda da tartışıldığı gibi aktif başetme boyutunun ağrıya bağlı engellilik açısından koruyucu olduğu gösterilememektedir (Hundt vd., 2015; Mercado vd., 2005). Aktif başetme, ağrıya bağlı engellilik düzeyini açıklamak açısından yeterli güçte olmadığından aracı değişken analizi de yürütülememiştir. Ağrı şiddeti, aktif başetme ve ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkiler açısından karşılıklı belirleyiciliğin ön planda olduğu düşünülebilir. Boylamsal olarak yürütülen bazı çalışmalar ağrıyı görmezden gelme (diğer bir kavramsallaştırmayla ağrıyı dönüştürme) gibi aktif bazı stratejilerin ağrı şiddetindeki artmayla ilişkisine dikkat çekmektedir (Benyon vd., 2013; Steultjens, Dekker ve Bijlsma, 2001). Örneğin; kas ve iskelet sistemi hastalığı olan kişilerle yürütülen boylamsal bir çalışmanın sonuçlarında; ağrıyı görmezden gelme, davranışları arttırma, kendilik durumlarıyla başetme gibi aktif stratejilerin artmasıyla altı ay sonraki engellilik düzeyinin de arttığı görülmüştür (Benyon vd., 2013). Hatta bu bulguların ötesinde söz konusu çalışmada ağrıyı görmezden gelmenin altı ay sonraki ağrı şiddetinin artmasını etkilediği de görülmüştür. Söz konusu literatür bulguları aktif başetmenin ağrıya bağlı engellilik açısından rolünün kesitsel bir desende değil boylamsal bir desende ortaya konabileceğini akla getirmektedir. Literatürdeki çalışmalarda dikkati çeken bir durum, aktif başetme stratejilerinin olumsuz sağlık sonuçları açısından daha çok ele alınıyor olmasıdır. Bu noktada bu çalışmanın bir diğer özelliği, aktif başetmenin hangi sağlık sonucu açısından işlevsel

olabileceğine ve ağrıyla başetmede kimlerin aktif başetmeyi daha fazla kullandığına ilişkin cevaplar verebiliyor olmasıdır. İzleyen bölümde çalışmada yer alan olumlu sağlık sonucu olan aktivite düzeyi açısından aktif başetme stratejilerinin rolü tekrar ele alınacaktır.

Buraya kadar ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişim açısından ön plana çıkan değişkenler tartışılmıştır. Kronik ağrı sonuçları açısından başetmenin yanı sıra bir diğer önemli değişken de özetkinliktir. Literatürde hem bir aracı hem de temel bir yordayıcı değişken olarak ele alınan özetkinliğin (örneğin; Borjalilu vd., 2017; Costa vd., 2011; Ferreira-Valente vd., 2014; Shelby vd., 2014), bu çalışmada yordayıcı ve aracı etkileri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi ağrı stresi ile bir arada ele alındığında özetkinliğin etkilemediği görülmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarında, ağrıya bağlı engellilik düzeyi ile genel özetkinlik arasında düşük güçte; ağrıya özgü özetkinlik arasında ise orta güçte, negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir (sırasıyla $r=-.250$; $r=-.320$). Yani özetkinlik arttıkça, ağrıya bağlı engellilik düzeyi azalmaktadır. Ancak çok boyutlu ağrı şiddeti ile hem genel hem de ağrıya özgü özetkinlik arasındaki ilişkiler anlamlılık göstermemiştir (bkz. Tablo 3.4.). Dolayısı ile gerek genel gerek ağrıya özgü özetkinliğin çok boyutlu ağrı stresi ile engellilik arasındaki ilişkide aracı rolü sınanamamış; bir başka deyişle özetkinliğin bu ilişkide aracı rolü olmadığı görülmüştür. Öte yandan bu bulgular, özetkinliğin ağrı sonuçları üzerinde temel bir yordayıcı olabileceğine işaret eden araştırmalarla paralel olarak (Benka vd., 2013; Ferreira-Valente vd., 2014; Jackson vd., 2014; Karasawa vd., 2019; Vranceanu ve Ring, 2014), ağrı stresinden bağımsız bir değişken olabileceğini akla getirmektedir. Örneğin; Karasawa ve arkadaşlarının (2019) 72 kronik ağrı hastasıyla ağrıya bağlı engellilik açısından ağrıya özgü özetkinlik düzeyinin rolünü inceledikleri çalışmalarının sonuçlarında, katılımcıların ağrıya özgü özetkinlik inançlarının artması tek madde ile değerlendirilen ağrı şiddetinden bağımsız olarak ağrıya bağlı engellilik düzeylerindeki gelişmeyi etkilemektedir. Özet olarak bu çalışmada özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyini ağrı stresinden bağımsız olarak etkiliyor olduğu görülmektedir. Ayrıca sonuçlar, ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrıya özgü özetkinliğin rolünün genel özetkinlikten daha fazla olduğuna dikkat çekmektedir.

Literatürde ağrı yönetiminde ağrı stresi açısından özetkinliğin rolünü inceleyen bir çalışma olmamakla birlikte tek madde olarak değerlendirilen ağrı şiddeti ile özetkinlik arasındaki ilişkilerin zayıf güçte olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Benyon vd., 2010; Kalapurakkel vd., 2015; Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Özellikle ağrı şiddeti bir sonuç değişkeni olarak alındığında özetkinliğin ağrı şiddetindeki değişimi açıklamadığına işaret eden çalışmalar vardır (örn; Benyon vd., 2010). Pediatri grubunda yürütülen bir çalışma, yaş ortalaması 13.6 olup kronik baş ağrısı olan çocuklarda ağrıya bağlı sonuçlar açısından koruyucu faktörleri incelemektedir (Kalapurakkel vd., 2015). Çalışmanın sonuçları, çocuklardaki fiziksel engelliliği açıklamakta tek maddelik ağrı şiddetinin açıklayıcı gücü olduğunu ancak ağrıya özgü özetkinlik modele dahil olduğunda ağrı şiddetinin gücünün halen anlamlı olsa da azaldığını göstermektedir. Bu durum, ağrıya bağlı engellilik açısından ağrı şiddetinin bir risk, ağrıya özgü özetkinliğin ise koruyucu olduğuna işaret etmektedir. Başka bir çalışmada da kronik kas ve iskelet sistemi hastalığı olan kişilerde özetkinlik ve ağrı şiddetini etkileyen faktörlerin incelenmesi hedeflenmiştir (Rahman vd., 2008). Söz konusu çalışma, kronik ağrı hastalarında ağrı şiddetinin ortalama üstünde ve özetkinliğin düşük düzeyde olmasını etkileyen faktörleri incelerken ağrı şiddetini ve özetkinliği bağımsız olarak incelemektedir. Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın sonuçları ağrıya bağlı engellilik açısından ağrı stresinin bir risk; özetkinliğin ise bir koruyucu faktör olarak iki ayrı model oluşturabileceğini akla getirmektedir.

Yukarıda bahsedilen olası model bağlamında çalışmanın bir diğer hedefi, özetkinliğin ağrı stresinden bağımsız bir yordayıcı olarak özetkinlik ile sağlık sonuçları arasında başetme stratejilerinin aracı rolünü incelemektir. Yukarıda değinildiği gibi, ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından aktif başetmenin rolü bulunmamaktadır. Dolayısı ile söz konusu ilişkide aktif başetmenin aracı rolü Baron ve Kenny kriterlerini karşılamadığı için sınanamamıştır. Bu noktada ağrı stresinden bağımsız bir değişken olan özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide yalnızca pasif başetmenin aracılığı incelenmiştir. Diğer bir deyişle özetkinlik düzeyinin ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki etkisinde pasif başetmenin rolü sorgulanmıştır. Öncelikle genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide pasif başetmenin aracı rolünü incelemek amacıyla yaşam stresi ve yaş kontrol

değişken olarak girilerek uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamsızlaştığını göstermektedir. Bu anlamsızlaşmanın anlamlılığı da Sobel Z testi ile sınanmış ve analiz sonucunun anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuç, genel özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde ağrıya pasif başatmenin tam aracılık ettiğine işaret etmektedir. Ardından ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasındaki ilişkide de pasif başatmenin aracı rolü incelenmiştir. Yaşam stresi ve yaş kontrol değişken olarak girilerek uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, medyatör değişken olan ağrıya pasif başatmenin etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan ağrıya özgü özetkinliğin yordanan değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlılığı Sobel Z testi ile de gösterilmiştir. Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki etkisinde pasif başatmenin kısmi aracı rolünün olduğuna işaret etmektedir.

Özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında pasif başatmenin aracılığına işaret eden bu bulgular, ağrı stresi kadar güçlü olmamakla birlikte özetkinliğin de ağrıya bağlı engellilik düzeyini pasif başatme aracılığıyla etkilediğine işaret etmektedir. Bu doğrultuda kronik ağrı hastalarının özetkinlik düzeylerinin düşmesiyle pasif başatme stratejileri de artmakta ve böylece ağrıya bağlı engellilik düzeyleri de artış göstermektedir. Öte yandan analiz sonuçlarında, genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında pasif başatmenin tam aracı rolü varken; ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkide ise pasif başatmenin az farkla kısmi aracı rolü olduğu gözlenmektedir. Özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyi üzerindeki açıklayıcı gücüne bakıldığında; ağrıya bağlı engellilikteki değişimi genel özetkinlik yaklaşık %2 oranında açıklarken ağrıya özgü özetkinlik ise %5 oranında açıklamaktadır. Genel özetkinlik ile birlikte ele alındığında ağrıya bağlı engelliliğin yaklaşık %13'ünü açıklayan pasif başatme, ağrıya özgü özetkinlik ile birlikte alındığında %10'unu açıklamaktadır. Bu doğrultuda, genel özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyi arasında pasif başatmenin tam aracı olması genel özetkinliğin yordayıcı etkisinin daha düşük olmasıyla ilgili olabilir. Tüm bu sonuçlar,

özetkinliğin düşük olmasının ağrıya bağlı engellilik açısından riskli olduğunu akla getirmekte ve özellikle ağrıya özgü özetkinliğin ön plana çıktığını düşündürmektedir.

Literatürde özetkinliği genel bir kişilik özelliği olarak ele alan ve farklı durumlar karşısında kişilerin özetkinlik düzeylerinin değişmeyeceğini belirten kuramcılar bulunmakta (Harrison vd., 1996; Scherbaum vd., 2006; Sherer ve Adams 1983) ve bu doğrultuda çalışmalarda genel özetkinliğin ölçüldüğü görülmektedir (örneğin; Borjalilu vd., 2017). Ancak kavramın geliştiricisi olan Bandura ise özetkinliğin asıl olarak duruma özgü bir özellik olduğunu vurgulamakta ve belirli bir görevi yerine getirmek açısından göreve özgü özetkinliğin ön plana çıktığını belirtmektedir (Bandura, 1989; Bandura vd., 1997). Bu doğrultuda pek çok çalışmada hastalığa ya da ağrıya özgü özetkinliğin ölçüldüğü ve ağrı sonuçlarıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir (örneğin; Benka vd., 2013; Costa vd., 2011; Dobkin vd., 2010; Shelby vd., 2014).

Bu tez çalışmasının sonuçlarında, ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyini hem doğrudan hem de pasif başetme aracılığıyla dolaylı olarak etkilediği görülmektedir. Kişilerin ağrıya özgü özetkinlik düzeyleri düştükçe ağrıyla başetmede kullandıkları pasif yöntemler artmakta ve böylece ağrıya bağlı engellilik düzeyleri de artış göstermektedir. Literatürde özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik düzeyini hem doğrudan hem de başetme yöntemleri aracılığıyla dolaylı olarak etkilediğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Eccleston vd., 2013; Hermsen vd., 2016; Ferreira-Valente vd., 2014; Kalapurakkel vd., 2015; Turner vd., 2005; Vranceanu ve Ring, 2014). Örneğin; yukarıda da atıf yapılan Kalapurakkel ve arkadaşları (2015) tarafından pediatri grubunda yürütülen çalışmanın sonuçları, ağrıya özgü özetkinlikteki artışın engelliliğin azalmasını etkilediğine işaret etmektedir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da ağrıya özgü özetkinlik arttıkça hem pasif başetmenin hem de engellilik düzeyinin azaldığı görülmektedir (Ferreira-Valente vd., 2014). Bu çalışmalarda da ağrıyla başetme stratejileri ile özellikle ağrıya özgü (diğer bir deyişle göreve özgü) özetkinliğin ilişkisi ön plana çıkmaktadır.

Genel özetkinlik, sağlık psikoloji perspektifiyle değerlendirildiğinde pek çok sağlık davranışı ve olumlu sağlık sonucu açısından koruyucu olmakta olup kronik ağrı

açısından da olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkisi vurgulanmaktadır (Jackson vd., 2014). Ancak pasif başetmeye dair yukarıda söz edilen kaygı-kaçınma döngünün kırılması ve engelliliğin azalması açısından ağrıya özgü özetkinliğin rolünün daha belirgin olduğu vurgulanmaktadır (Carpino vd., 2014; Simons ve Kaczynski, 2012). Ağrıya özgü özetkinlik düzeyinin gelişmesi pasif başetmenin kullanımının azalmasında rol oynayarak engelliliğin de düşmesi açısından önemli olabilir. Gerçekten de bu çalışmanın sonuçlarında, ağrıya bağlı engellilik açısından rolü görülen pasif başetme yöntemlerinin ağrıya özgü özetkinlik düştükçe daha çok kullanıldığı görülmektedir. Ağrı stresine karşı koruyucu olabilecek bu inançların azalması hem doğrudan hem de ağrıyla pasif başetme yöntemleri aracılığıyla dolaylı olarak engellilik açısından riskli gözükmemektedir. Ancak yine de ağrıya bağlı engellilik açısından özetkinliğin rolü çok boyutlu ağrı şiddeti ile hesaplanan ağrı stresine göre geri planda kalmaktadır.

Bu noktada akla gelen bir diğer soru, özetkinliğin hangi sonuç açısından ele alındığıdır. Bu çalışmanın bir diğer önemli noktası, özetkinliğe ilişkin kuramsal tartışmaları bir arada ele almayı hedeflemesidir. Ağrıya özgü olumsuz sağlık sonucu olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrıya özgü özetkinlik ön plana çıkmaktadır. Ancak bir sonraki başlıkta ele alınacağı gibi başetme stratejilerinden bağımsız olarak değerlendirildiğinde; hastaların günlük aktiviteleri gibi genel bir sonuç değişkeni için ise genel özetkinlik daha belirleyici olmaktadır. Diğer yandan çalışmanın sonuçlarında hem aktivite düzeyi gibi genel hem de ağrıya bağlı engellilik gibi ağrıya özgü sonuç değişkenleri açısından rolü bulunan başetme yöntemlerinin kullanımı için ağrıya özgü özetkinlik ön plana çıkmaktadır. Ağrıya özgü özetkinlik ile ağrıya bağlı engellilik düzeyleri arasında pasif; izleyen bölümde ele alınacağı gibi ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasında ise aktif başetmenin aracı rolü bulunmaktadır. Diğer bir deyişle ağrı yönetiminde önemli bir rolü olan ağrıya özgü özetkinlik ağrıyla başetme yöntemleri üzerinden de ağrı sonuçlarını etkilemektedir. Bu doğrultuda ağrıyla başetme yöntemlerini geliştirmeyi hedef alan müdahalelerin ağrıya özgü özetkinliğe odaklanması önemli olabilir.

Sonuç olarak, çalışmanın olumsuz sağlık sonucu olan ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından çok boyutlu ağrı şiddetinin ön plana çıktığı görülmektedir. Kişilerin

yaşamlarındaki diğer stres faktörleri de ağrıya bağlı engellilik düzeylerini neredeyse çok boyutlu ağrı şiddeti kadar etkilemektedir. Çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresi ağrıya bağlı engellilik düzeyini hem doğrudan hem de pasif başetme aracılığıyla dolaylı olarak etkilemektedir. Özetkinlik ise ağrı stresinden bağımsız olarak ağrıya bağlı engelliliği yordayıcı etkisi olan bir diğer değişken olmakta ancak açıklama gücü daha sınırlı kalmaktadır. Özellikle ağrıya özgü özetkinlik, ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi daha güçlü olarak açıklamaktadır. Ayrıca özellikle ağrıya özgü özetkinlik düzeyi daha düşük olan kişilerin pasif başetme stratejilerini kullanmaları aracılığıyla ağrıya bağlı engellilik düzeyleri de artış göstermektedir. Bu çalışmanın bir diğer hedefi ise kronik ağrı hastalarının yaşamlarında etkilenen bir diğer alan olan günlük aktivitelerindeki değişimde rol oynayan değişkenleri incelemektir. İzleyen bölümde aktivite düzeyini yordayan değişkenlere ilişkin araştırma bulguları değerlendirilecektir.

4.3. Aktivite Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir önceki başlıkta katılımcıların ağrıya bağlı engellilik düzeylerinde rol oynayan değişkenlere, özellikle çok boyutlu ağrı şiddeti ve pasif başetmeyle ilişkili bulgular tartışılmıştır. Bu çalışmanın bir diğer amacı katılımcıların olumlu sağlık sonucu olarak aktivite düzeyini etkileyen değişkenleri incelemektir. Sağlık mensupları tarafından referans olarak alınan Sağlık, Engellilik ve İşlevselliğin Uluslararası Sınıflandırılması (The International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) günlük aktivitelere devam edebilmenin sağlıklı olmanın bir koşulu olduğunu belirtmektedir (WHO, 2011). Kronik ağrı yaşayan bireyler ağrıya bağlı engellilik açısından olduğu gibi günlük aktiviteleri sürdürmek açısından da farklılık göstermektedir. Kronik ağrı hastalarının aktivitelerinin etkilendiğine işaret eden çalışmalar özetkinlik, ağrı şiddeti, başetme yöntemleri gibi ağrıya özgü ve psikososyal faktörlerin bu süreçte rol oynadığını belirtmektedir (Ahlstrand vd., 2017; Azevedo vd., 2012; Geyh vd., 2011). Bu sebeple bu çalışmada aktivite düzeyini açıklayan psikososyal değişkenler de incelenmiştir. Günlük aktivite düzeyi olarak ev içinde yapılan (bulaşık yıkama, evi süpürme gibi ev işleri), ev dışında yapılan (markete gitme,

alışveriş yapma gibi gündelik işler) ve sosyal (sinemaya gitme, arkadaşlarla buluşma gibi) aktiviteler değerlendirilmiştir. Farklı çalışmalarda sosyal işlevsellik olarak da ele alınan aktivite düzeyini değerlendirmek özellikle kronik ağrı hastalarının aktivitelerine devamlılıklarına etki eden psikososyal değişkenleri belirlemek açısından önemlidir.

Ağrıya bağlı engellilik düzeyinde olduğu gibi aktivite düzeyi için de öncelikle aktivite düzeyindeki değişimi bir arada etkileyen değişkenler keşfedilmiştir. Aktivite düzeyinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla korelasyon analizinde aktivite düzeyi ile anlamlı düzeyde ve .20'nin üzerinde ilişki gösteren ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi, pasif başetme, aktif başetme, genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik ve gelir düzeyi değişkenlerinin bir arada stepwise metodu ile modele sokulduğu doğrusal çoklu hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Bu analizde gelir düzeyi kontrol değişkeni olarak analize birinci blokta girilmiştir. İkinci blokta ağrı stresi ölçümü olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi girilirken; üçüncü blokta ise genel özetkinlik, ağrıya özgü özetkinlik, pasif başetme ve aktif başetme girilmiştir. Analiz sonucunda gelir düzeyinin, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin, aktif başetmenin ve genel özetkinliğin bir arada aktivite düzeyindeki değişimin %24'ünü açıkladığı bulunmuştur.

Öncelikle çalışmaya katılan kişilerin aktivite düzeyini etkileyen tek kontrol değişkeninin gelir düzeyi olduğu görülmüştür. Aktivite düzeyindeki değişimin yaklaşık %5'ini gelir düzeyi açıklamaktadır. Kişilerin gelir düzeylerinin artması günlük aktivitelerini sürdürmelerini de olumlu etkilemektedir. Kronik ağrı sonuçları açısından gelir düzeyinin önemine ilişkin bilgiler tartışmanın başında ele alınmıştır. Literatürde gelir düzeyi ile ağrı sonuçları arasındaki ilişkiye işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (örneğin; Mechlin, 2012; Saastamoinen vd., 2005; Suman vd., 2017). Daha önce de söz edildiği gibi bu çalışmalardan birinde kişilerin fiziksel aktivitelerine devam edebilmelerinde rol oynayan değişkenleri inceleyen araştırmacılar, kişilerin özetkinlik düzeylerini aktivitelerini sürdürmelerinde rol oynayan temel değişken olarak keşfetmiş ve bu inançlarla en güçlü ilişkiyi gelir düzeyinin gösterdiğini bulmuşlardır (Suman vd., 2017). Bu tez çalışmasında da aktivite düzeyi açısından ön plana çıkan değişkenler arasında özetkinlik ve gelir düzeyi bulunmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarında, aktivite düzeyi açısından gelir düzeyinin öneminin özellikle sosyal aktivitelere katılımı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Gelecek çalışmalarda da özellikle spor faaliyetlerine katılma, ekonomik harcama gerektiren sosyal faaliyetleri sürdürme gibi alanlar açısından gelir düzeyinin rolünün incelenmesi önemli olmaktadır. Çalışmanın sonuçları açısından söz edilmesi gereken bir diğer nokta bu çalışmada kişilerin gelir düzeylerine ilişkin algılarının ölçülmüş olmasıdır. Aynı gelir düzeyine sahip olan kişilerin gelir düzeylerine ilişkin algılarının farklılaşması mümkündür. Diğer yandan gelir düzeyine ilişkin algıların iyileşmesi farklı aracı değişkenleri de akla getirmektedir. Örneğin yukarıda atıf yapıldığı gibi gelir düzeyinin artması kişilerin özetkinlik düzeylerini de etkilemektedir. Gelir düzeyinin artış göstermesinin sosyal ağların genişlemesi, yeni sosyal çevre oluşması gibi faktörlere etki ederek de aktivite düzeylerinin artmasında rol oynayabileceği düşünülebilir. Bu açıdan gelecek çalışmalarda gelir düzeyine ilişkin algıların yeni değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi ve özellikle klinik uygulamalarda gelir düzeyinin belirli faaliyetlere katılım açısından engel yaratıp yaratmayacağının değerlendirilmesi ve olası engellerin nasıl aşılabileceğine odaklanılması önemli görülmektedir. Son olarak çalışmanın sonuçlarında, aktivite düzeyi ile diğer kontrol değişkenleri arasındaki ilişkilerin ise düşük güçte olduğu ya da anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu durum hem vaka sayısı ile hem de örneklemin homojen özellikleriyle ilişkili olabilir.

Katılımcıların aktivite düzeyleri ile ağrı stresleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde aktivite düzeyi ile en güçlü ilişkiyi, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin gösterdiği görülmektedir. Diğer bir deyişle kişilerin aktivite düzeylerindeki değişimi, ağrı stresi ölçümlerinden en güçlü yordayıcı etkiye ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi sahiptir. Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin artması, kişilerin günlük aktivitelerini sürdürmelerini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada etkisi incelenen ağrı stresinin sıklık ve rahatsızlık düzeyi olarak iki bileşenin çarpımıyla incelenmesi ağrının hem duygusal boyunu ele almakta (Fillingim vd., 2016; Puntillo ve Naidu, 2018; Salaffi vd., 2015) hem de çok şiddetli olmasa da çok sık ağrı yaşamının diğer bir deyişle kronikleşmiş ağrının etkilerini de incelemeyi mümkün kılmaktadır. Bu çalışmanın ağrının değerlendirilmesiyle ilgili farklı ölçümleri karşılaştıran bilinen ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yanlarından birini oluşturmaktadır. Bu durum diğer yandan

sonuçları literatür ışığında ele almayı zorlaştırmaktadır. Ancak çalışmanın sonuçları özellikle rutin faaliyetlere devam edebilmek açısından ve doğrudan ağrı şiddetine odaklanmayan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin diğer ağrı stresi ölçümlerinin önüne geçtiğini göstermektedir. Ağrının şiddetli olmasından bağımsız olarak tekrarlı olarak varlığı ve bu varlıktan duyulan rahatsızlık bir çarpım olarak kişinin günlük rutin aktiviteleri sürdürmesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum özellikle kronik sağlık problemlerine uyum sağlamanın önemine işaret etmektedir.

Ağrının bir stres olarak değerlendirilmesi ve ağrı yönetimini hedefleyen bakış açısı, müdahaleyi ağrı şiddetinden de uzaklaştırmaktadır. Ağrıya bağlı engellilikle ilgili bulgular tartışılırken değinildiği gibi ağrı kabulü gibi güncel kavramlar, özellikle kronik devam eden sağlık problemleri için önemli olmaktadır (Esteve vd., 2007; McCracken ve Eccleston, 2005). Kişinin eski yaşam alışkanlıklarına ağrı varken de devam edebilmesi yeni bir uyum sürecini gerektirmektedir. Bu çalışmanın doğrularında da olumlu sağlık sonucu olan ve doğrudan ağrıya bağlı oluşmayan aktivite düzeylerine devamlılık açısından ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin diğer stres ölçümlerinin önüne geçmesi kronik bir durumun kabullenilmesinin önemini tekrar akla getirmektedir. Çalışmanın sonuç değişkenleri ile ağrı stresi arasındaki ilişki açısından bakıldığında; ağrının duysal ve duygusal olarak oluşturduğu şiddetin artmasına bağlı olarak oluşan stres, ağrıya bağlı engelliliğin artmasını açıklayan faktörlerden biri olmaktadır. Diğer yandan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin artmasıyla oluşan stres ise kişilerin günlük devam eden aktivitelerini olumsuz etkileyen faktörlerden biridir.

Çalışmanın sonuçlarında, aktivite düzeyindeki değişimi açıklayan faktörlerden birinin, ağrı stresi ölçümlerinden ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin olduğu görülmüştür. Ancak çoklu regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında, ağrıya bağlı engelliliğin aksine aktivite düzeyi açısından ağrı stresi ölçümünün geri planda kaldığı görülmektedir. Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresi aktivite düzeyindeki değişimin yaklaşık %3'ünü açıklarken; aktif başetme %12'sini, genel öz etkinlik ise yaklaşık %5'ini açıklamaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın sonuçlarında ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi değişkenleri açısından farklı yordayıcıların

ön plana çıktığı görülmektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimde çok boyutlu ağrı şiddeti ve pasif başetme daha güçlü yordayıcı etkiye sahipken aktivite düzeyi açısından tüm değişkenler bir aradayken aktif başetme ve (özellikle genel) özetkinliğin ön planda olduğu görülmektedir.

Araştırma değişkenleri bir arada ele alındığında aktivite düzeyindeki değişimi en güçlü yordayıcı etkiye sahip olan değişkenin aktif başetme olduğu görülmektedir. Katılımcıların ağrılarıyla başetmede kullandıkları aktif stratejilerin artması aktivite düzeylerinin de artmasını etkilemektedir. Ağrıya bağlı engellilik düzeyindeki değişimi pasif başetme etkilerken, aktivite düzeyini ise aktif başetme etkilemektedir. Bu durum, kronik ağrı literatüründe aktif başetmenin rolünü göstermekte sınırlı kalan çalışmalardan farklı olarak sonuç değişkenin belirlenmesinin önemine işaret etmektedir. Pek çok çalışma, kronik ağrı hastalarında başetmenin rolünü doğrudan ağrıya bağlı sonuçlar ve özellikle olumsuz sağlık sonuçları açısından incelemektedir (örneğin; Arola vd., 2010; Hilderink vd., 2012; Hurwitz vd., 2003; Lerman vd., 2015; Riddle vd., 2018). Diğer yandan kronik ağrı doğrudan ağrıya ilgili olmayan fiziksel ve sosyal aktivite alanlarında da hastaların yaşamlarını etkilemektedir. Bu çalışmada ele alındığı gibi pek çok kronik ağrı hastasının günlük faaliyetleri olumsuz etkilenmekle birlikte bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır (Ahlstrand vd., 2017; Strahl vd., 2000). Örneğin; Strahl ve arkadaşlarının (2000), 154 romatoid artirit tanısı almış hastayla yürüttükleri çalışmanın sonuçlarında, kişilerin aktif başetme stratejileri kullanmaları sosyal işlevselliklerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur. Aktif başetmenin aktivitelere devam edebilmeyi nasıl sağladığına ilişkin bir açıklama, kişilerin kronik ağrıya nasıl tepki verdikleriyle ilişkili görünmektedir. Bir yandan kişilerin günlük yaşamları devam ederken (hem ev içindeki hem ev dışındaki faaliyetleri ve sosyal aktiviteleri) diğer yandan ağrının varlığı bu rutinlerin devamlılığı açısından bir stres faktörü olmaktadır. Tam da bu noktada ağrı yaşantısına nasıl tepki verecekleri kişilerin aktivitelerine devam edip etmeyeceklerini de etkilemektedir. Bu çalışmanın sonuçlarının da işaret ettiği gibi ağrı yaşantısına aktif başetme yöntemleri (dikkati ağrıdan uzaklaştırmak, ağrıyı dönüştürmek, rahatlatıcı düşünmek gibi yöntemler) ile tepki verildiğinde kişilerin rutin devam eden işlerinin ağrı sebebiyle bozulması da azalmaktadır. Dolayısıyla kronik ağrıya yönelik müdahalelerde sıklıkla

hedef alınan engellilik düzeyinin azaltılmasının yanı sıra aktivite düzeyinin de eş zamanlı olarak artırılmasının ağrı yönetimi açısından önemli olabileceği akla gelmektedir.

Bu çalışmanın bir diğer amacı, ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide başetme stratejilerinin ve özetkinliğin aracı rolünü incelemektir. Öncelikle söz konusu ilişkide başetme stratejilerinin aracı rolünün incelenebilmesi amacıyla Baron ve Kenny (1986) tarafından konulan aracı değişken analizine ilişkin koşullar sınanmıştır. Ancak yordayıcı değişken olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile medyatör değişken olan aktif başetme arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu sebeple söz konusu ilişkide aktif başetmenin aracı rolünün incelenmesine ilişkin koşullar karşılanmamaktadır. Diğer yandan pasif başetmenin aracı rolüne ilişkin koşullar karşılanmasına rağmen, medyatör değişken olarak pasif başetmenin katılmasıyla yordayıcı değişken olan ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin yordanan değişken olan aktivite düzeyine etkisindeki azalmanın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin oluşturduğu ağrı stresi ile aktivite düzeyi arasında ne aktif ne de pasif başetmenin aracı rolü bulunmaktadır. Ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin oluşturduğu stres, aktivite düzeyinin marjinal bir kısmını açıklamakta ve bunu da doğrudan etkiyle yapmaktadır. Benzer şekilde ağrı stresi ile özetkinlik arasında da anlamlı düzeyde ilişkiler gözlenmemektedir. Bu durum özetkinlik ile ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi ile ölçülen ağrı stresinin bağımsız değişkenler olduğuna ilişkin bir önceki başlıkta yapılan tartışmalarla tutarlılık içinde görünmektedir.

Çalışmanın sonuçlarında kişilerin ağrılarına aktif başetme ile tepki verdiklerinde günlük aktivitelerine daha çok devam edebildikleri ancak aktif başetme tepkilerini ağrı stresinin etkilemediği görülmektedir. Diğer yandan aktivite düzeyi açısından özetkinliğin ve aktif başetmenin ön plana çıktığı görülmektedir. Her iki değişkenin de aktivite düzeyindeki değişim üzerinde doğrudan etkisi vardır. Araştırma sorularında sorulduğu gibi aktif başetme kullanımında kişilerin ağrı streslerinin rolü gözlenmezken özetkinliğin rolü var mıdır? Özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki etkisinde başetmenin aracı rolü olup olmadığı da incelendiğinde; genel özetkinlik ile

aktivite düzeyi arasındaki ilişkide ne aktif ne de pasif stratejilerin aracı rolü bulunmaktadır. Bu durum, genel özetkinliğin aktivite düzeyini doğrudan etkilediğini ve başatmenin aracılığının olmadığını göstermektedir.

Çalışmanın sonuçlarında, ağrıya bağıllı engellilikten farklı olarak aktivite düzeyi ile ağrıya özgü özetkinliğin değil, az farkla da olsa genel özetkinliğin daha güçlü ilişkisi olduğu gözlenmiştir ($r = .287$; $r = .310$). Bununla birlikte aracı etki analizlerinde ağrıya özgü özetkinliğin yordayıcı etkisi genel özetkinliğin önüne geçmektedir. Gelir düzeyi kontrol edildiğinde uygulanan doğrusal medyatör regresyon analizi, ağrıya aktif başatmenin medyatör etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişken olan ağrıya özgü özetkinliğin yordanan değişken olan aktivite düzeyi üzerindeki etkisinin azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın anlamlı olup olmadığı Sobelin Z testi uygulanarak sınanmıştır. Yapılan Sobel testi, medyatör değişkenin katılmasıyla yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde aktif başatme boyutunun kısmi aracılığına işaret etmektedir. Ardından ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide pasif başatmenin de aracı rolü sınanmış ancak aracı rol gözlenmemiştir. Bu durum ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide pasif başatmenin değil fakat aktif başatmenin kısmi aracı rolü olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuca göre kronik ağrı hastalarının genel özetkinlik değil ancak ağrıya özgü özetkinlik düzeylerinin artması aktif başatmeyi daha fazla kullanmalarına ve böylece günlük aktivite düzeylerinin de artış gösterdiğine işaret etmektedir. Diğer yandan genel özetkinliğin yüksek olması aktivite düzeyine devam etmeyi doğrudan etkilemektedir ancak aktivite düzeyindeki artışı etkileyen aktif başatme yöntemlerinin daha çok kullanılmasında kişilerin ağrıya özgü özetkinlikleri rol oynamaktadır.

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde ağrıya bağıllı engellilikten farklı olarak aktivite düzeyi açısından çalışmada özellikle özetkinliğin ve aktif başatmenin ön plana çıktığı görülmektedir. Kişinin belirli bir eylemi yapabileceğine dair inançlarına karşılık gelen özetkinliğin olumlu sağlık sonuçlarıyla olan ilişkisinin daha güçlü olması beklendik bir sonuçtur (Benyon vd., 2010; Martinez-Calderon vd., 2018).

Bir önceki bölümde de atıf yapıldığı gibi kas ve iskelet sistemi hastalarında ağrıya ilişkin sonuçlar açısından özetkinliğin rolünü inceleyen bir derleme çalışmasında, özetkinlik ile fiziksel işlevsellik, fiziksel aktivitelere katılım gibi olumlu sağlık sonuçları arasındaki ilişkilere işaret eden daha çok çalışma olduğu görülmektedir (örneğin; Martinez-Calderon vd., 2018). Özetkinliğin ağrıya bağlı sonuçlar açısından rolünü değerlendiren söz konusu derleme çalışmasında, ağrıya bağlı engellilik açısından özetkinliğin rolünün olmadığına ya da sınırlı düzeyde kaldığına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır. Benzer şekilde, osteoartrit hastalarında özetkinliğin ağrı sonuçları açısından rolünü inceleyen bir derlemenin sonuçları yüksek özetkinliğin fiziksel işlevsellikte/performansta artmayı etkilediğine işaret etmektedir (Benyon vd., 2010). Öte yandan literatürde kronik ağrı hastalarının günlük aktivitelerine devamlılığını inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde Ahlstrand ve arkadaşları (2017), 737 romatoid artirit hastasıyla yürüttükleri çalışmada hastaların günlük aktivitelerine devam etmelerinde düşük ağrı seviyesinin ve yüksek özetkinliğin rol oynadığını bulgulamışlardır. Bu sonuçlar, bu tez çalışmasını destekler niteliktedir. Belirli bir eylemi sürdürmek açısından kişilerin yapabileceklerine dair inançlarının yüksek olması olumlu sağlık sonuçları açısından önemli gözükmektedir. Bu çalışmanın sonuçları da kronik ağrı hastalarının günlük aktivitelerini sürdürmede özetkinliğin yüksek olmasının önemli olduğuna işaret etmektedir.

Bu tez çalışmasında özetkinlik hem genel hem de ağrıya özgü olarak değerlendirilmiş ve sonuçlarda ağrıya özgü özetkinlik ile aktivite düzeyi arasındaki ilişkide aktif başetmenin aracı rolü olduğu görülmüştür. Bir üst başlıkta tartışıldığı gibi ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrıya özgü özetkinlik ve pasif başetme yöntemleri arasındaki ilişkiler ön plana çıkmaktadır. Ağrıya özgü özetkinliğin düşmesi, ağrıyla pasif başetmenin kullanımının artmasında ve ağrıya bağlı engellilikte de artış olmasında rol oynamaktadır. Diğer yandan aktivite düzeyi açısından değerlendirildiğinde; ağrıya özgü özetkinlik arttıkça aktif başetme artmakta ve aktivite düzeyi de yükselmektedir. Literatürde özellikle ağrıya özgü yüksek özetkinliğin aktif başetme yöntemlerinin kullanımını artırdığına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Brister vd., 2006; Nicholas, 2007; Özkan ve Olgun, 2017; Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Örneğin; migrenli hastalarla yürütülen bir çalışmada kronik hastalığa özgü

özetkinlik düzeyindeki artışın, hastaların hastalık yönetimlerinde kullandıkları aktif başetme yöntemlerinin artmasıyla ilişkisi vurgulanmaktadır (Özkan ve Olgun, 2017). Özetkinliğin ağrı sonuçlarında nasıl rol oynadığını sorgulayan artirit tanısı almış hastalarla yürütülen başka bir çalışmanın sonuçları, artirite özgü yüksek özetkinlik ile aktif başetme stratejileri arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Tüm bu sonuçlar, tam da Bandura'nın (1977; 1989) önermesiyle tutarlı olarak bir eyleme ilişkin belirleyicinin göreve özgü özetkinlik olduğuna işaret etmektedir. Kronik ağrı hastalarının ağrıya özgü özetkinliklerinin yüksek olması ağrı olduğunda ağrıyla başetmede kullanılan aktif başetme yöntemlerinin artmasına etki etmekte ve böylece kişilerin günlük aktivitelerine devamlılıkları da artış göstermektedir. Genel özetkinliğin yüksek olması olumlu sağlık sonucu olan aktivite düzeyinin artmasını doğrudan etkileyebilirken; bir görev olarak aktif bir başetme yöntemi kullanmakta ağrıya özgü özetkinlik düzeyi belirleyici olmaktadır. Sonuç olarak çalışmada ele alınan sonuç değişkenler özelinde ağrıya özgü özetkinlik düzeyindeki düşüş pasif başetmenin kullanımının ve böylece ağrıya bağlı engelliliğin artmasına etki ederken ağrıya özgü özetkinlik düzeyindeki artış ise aktif başetmenin artıp aktivite düzeyinin artış göstermesine etki ediyor gözükmemektedir. Bu doğrultuda hem aktivite hem de ağrıya bağlı engellilik düzeyi açısından ağrıya özgü özetkinliğin hem doğrudan hem de başetme yöntemleri aracılığıyla dolaylı olarak sağlık sonuçlarını etkilediği söylenebilir.

Özet olarak, bu çalışmanın sonuçları aktivite düzeyi gibi olumlu bir sonuç açısından hastaların ağrıya özgü özetkinliklerinin yüksek olmasının önemine işaret etmektedir. Hastalar, kaygı-kaçınma modelinin (Lethem, Troup ve Bentley, 1983; Simons ve Kaczynski, 2012) aksine ağrıya özgü özetkinlikleri yükseldikçe ağrıyla başedebileceklerine inanmakta ve ağrı varken aktif başetme yöntemlerini kullanarak günlük yaşamlarındaki aktivitelerine daha çok devam edebilmektedir. Bu durum, ağrıya özgü özetkinliğin aktif başetme aracılığıyla dolaylı olarak; genel özetkinliğin ise doğrudan etkisiyle aktivite düzeyinin artmasında rolü olduğuna işaret etmektedir. Sonuç olarak kronik ağrı hastalarında aktivite düzeyini yükseltmeyi hedefleyen müdahalelerin, aktif başetme ve ağrıya özgü özetkinliğe odaklanmalarının önemli olacağı düşünülebilir. Diğer yandan hem genel hem de ağrıya özgü özetkinliğin

geliştirilmesinin kişilerin aktivite düzeylerinde artışı olumlu etkileyeceği öngörülebilir. Nitekim kronik ağrı hastalarının kendini düzenleme müdahaleleriyle özetkinliklerinin ve başetme stratejilerinin geliştiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (örneğin; Damush vd., 2016). Bu doğrultuda bu tez çalışmasının sonuçları da aktivite düzeyini arttırmayı hedefleyen müdahale programlarında özetkinlik ve özellikle aktif başetme boyutuna odaklanmanın önemine işaret etmektedir.

4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın güçlü yanlarıyla birlikte bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle kronik ağrıyla ilgili tüm bu değişkenlerin birbirini karşılıklı etkileme potansiyeli olmakta ve söz konusu değişkenler arasındaki ilişkilerin doğası gereği boylamsal olarak incelenmesi gerekmektedir. Kesitsel çalışmalar, değişkenler arasındaki ilişkilere ilişkin bilgi vermekle birlikte neden sonuç ilişkisi kurmaya izin vermemektedir.

Diğer yandan bu çalışmada ağrıyla başetme stratejileri hem aktif hem pasif hem bilişsel hem de davranışsal olarak değerlendirilmesine rağmen olası tüm stratejilerin kapsanmasının mümkün olmadığının altı çizilmelidir. Örneğin; dua etme, gevşeme egzersizi yapma, görev tamamlama, yardım isteme, kendilik durumlarıyla başetme gibi farklı yöntemleri içeren ölçeklere de ihtiyaç vardır. Diğer yandan bu çalışmada kişilere ağrılarıyla başetmede kullandıkları farklı yöntemler olup olmadığı sorulmasına rağmen bu soruya verilen cevaplar yok denecek kadar azdır. Bu durum, belirli stratejileri kullanmak açısından kişilerin eylem aşamasında olmadığını akla getirmektedir. Bu doğrultuda gelecek çalışmalar için özellikle aktif bazı başetme stratejileriyle ilgili hazır oluş ölçeklerinin evrelendirme modeline uygun olarak geliştirilmesi ve kişilerin başetmeler açısından değişim evrelerinde gelişme kaydetmeleri önerilebilir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, tüm ölçümlerin özbildirime dayalı olmasıdır. Ağrının bireysel ve kişiye özgü bir yaşantı olması sebebiyle en güvenilir yöntem olarak özbildirim ölçümleri gösterilmekle birlikte fiziksel ölçümler ile ağrı şiddetinin

değerlendirilmesi de önemli gözükmektedir. Gelecek çalışmalarda klinik ortamlarda kişilerin ağrı duyarlılıklarını değerlendiren basınç testleri (pressure pain threshold, cold pressor test) gibi yöntemlerle fizyolojik ölçümlerin de alınmasının ağrı ölçümüyle ilgili bilgileri zenginleştireceği düşünülebilir.

Örneklemin özelliklerine bakıldığında çoğunluğun kadın hastalardan oluştuğu görülmektedir. Bu durum, sonuçlar açısından cinsiyetler arasında karşılaştırma yapmaya izin vermemektedir. Klinik örneklemelerde yapılan çalışmalar, belirli bir hastalık grubunu anlamayı sağlaması açısından önem taşımakla birlikte tedaviye başvuruda bulunmayan grupları incelemeyi engellemektedir. Gelecekte kronik ağrı yaşantısında başetme stratejileri, özetkinlik gibi psikososyal değişkenleri de içerecek şekilde ağrıya bağlı hem olumlu hem de olumsuz sağlık sonuçları açısından cinsiyet farklılıklarını inceleyen daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Örneklemin özellikleriyle ilgili bir diğer sınırlılık, örneklemin büyük çoğunluğuna İ.Ü. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda yer alan algoloji polikliniğinden ulaşılmış olmasıdır. Bu durum, çalışmada fibromiyalji sendromu, bel ağrısı ve romatoid artirit hastalarının çoğunluğu oluşturmasını etkilemiştir. Ancak farklı ağrı gruplarındaki vaka sayısı gruplar arasında karşılaştırma yapmaya izin vermemektedir. Gelecek çalışmalarda farklı ağrı sendromlarını içerecek şekilde başka kliniklere ulaşılması, alt grupların farklı hastalıkları karşılaştırabilecek kadar eşitlenmesi, cinsiyet farklarını incelemek açısından da erkek kronik ağrı hastalarına ulaşılması ve cinsiyetler arası karşılaştırma yapılması önerilmektedir. Ayrıca çalışmada kronik ağrısı olmayan hastalardan oluşan bir karşılaştırma grubunun olmaması da çalışmanın sınırlılıklarından biridir.

Son olarak gruplara düşen vaka sayısına dair kısıtlılıkla doğru orantılı olarak çalışmanın örneklemiyle ilgili bir diğer kısıtlılık ise toplam vaka sayısıdır. Öte yandan klinik örnekleme yapılan çalışmalarda kalabalık gruplara ulaşmak zor olabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıları olabildiğince araştırmada tutabilmek amacıyla ölçekler hastalarla birebir görüşmeyle doldurulmuştur. Bu yöntem bir yandan katılımcı kaybını engellemekle birlikte diğer yandan hastaların beklentiye göre davranmalarını etkileme riskini de ortaya çıkarmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında Lazarus ve Folkman'ın Transaksiyonel Stres ve Başaçıkma Modeli'ne (1984) dayanarak kronik ağrının oluşturduğu stresin ağrıya bağlı engellilik ve aktivite düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Ayrıca çalışmada ele alınan hem olumlu hem de olumsuz sonuç değişkenler açısından ağrıyla başetme stratejilerinin ve öz etkinliğin rolü incelenmiştir. Kronik ağrı literatürüne bakıldığında, özellikle psikoloji perspektifi ile yapılan çalışmalarda temel sonuç değişkenlerin duygusal stres (depresyon ve anksiyete belirtileri) olduğu ve pek çok çalışmada duygusal stres ile kronik ağrı ilişkisinin incelendiği görülmektedir (örneğin; Bair vd., 2013; Brage, Sandanger ve Nygard, 2007; Carroll, Cassidy ve Cote, 2004; Hilderink vd., 2012; Hurwitz, Morgenstern ve Yu, 2003; Reid vd., 2003; Smith ve Zautra, 2008). Duygusal stres, kronik ağrı hastaları açısından önemli bir değişken olmakla birlikte psikolojinin kronik ağrıya olan etkisinin sadece psikolojik sonuçlar özelinde olabileceğini ima ederek yine dualistik ayrımı akla getirmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada literatürden farklı olarak multidisipliner bir bakış açısıyla kronik ağrıya bağlı fiziksel sağlık sonuçlarında psikososyal değişkenlerin rolü incelenerek alana bir yenilik getirilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışma, ayrıca tüm bu değişkenleri bir arada ele alan bilinen ilk çalışmadır. Literatürde söz konusu değişkenlerin hepsini bir arada ele alan çalışmaya rastlanmamakla birlikte diğer yandan Türkiye'de ise konuyla ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Kronik ağrı hastalarında başetme yöntemlerinin ağrıya bağlı sonuçlar açısından kültürler arası farklılık gösterdiği; aynı stratejilerin farklı kültürlerde farklı sonuçlarla ilişkili bulunduğu görülmektedir (Cano vd., 2006). Bu doğrultuda belirli sonuç değişkenleri hedef alan multidisipliner tedavilerle ilgili öneriler sunmak açısından bu çalışma Türkiye'deki ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Bu sayede ülkemize has müdahale programları geliştirilmesi açısından da umut vadetmektedir.

Bu tez çalışmasının bir diğer önemli özelliği çalışmada kronik ağrının oluşturduğu stresi ölçmek için üç farklı yöntem kullanılmış olmasıdır: GAS ile ölçülen ağrı şiddeti, çok boyutlu ağrı şiddeti ve ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyi. Çalışmanın

sonuçları, olumsuz sonuç değişken olan ağrıya bağlı engellilik düzeyinde çok boyutlu ağrı şiddetinin; olumlu sonuç değişken olan aktivite düzeyinde ise ağrı sıklığı x rahatsızlık düzeyinin daha çok rol oynadığına işaret etmektedir. Bu durum ağrının ölçümüyle ilgili yeni bir bakış açısına ihtiyaç olduğunu, ağrının değerlendirilmesinde duygusal (şiddet) ve duygusal (rahatsızlık düzeyi, acı hissi) bileşenlerin bir arada ele alınmasının gerekliliğini düşündürmektedir. Ayrıca zamansal olarak hem geçen hafta içerisinde hem de görüşme sırasında ölçüm almak önemli gözükmektedir. Özellikle aktivitelere devam edebilmek gibi kişilerin yaşamlarında devam eden rutinler açısından kişilerin ne kadar sık ağrı yaşadıkları ve yaşadıkları ağrıdan ne kadar rahatsızlık duydukları da bir arada ele alınmalıdır. Bu doğrultuda ileriki çalışmalarda günlük yöntemi kullanılarak, kişinin yaşadığı ağrıya ve ağrı karşısında yapabileceklerine ilişkin değerlendirmelerini içeren kayıtlar tutmasının daha detaylı ölçüm ve değerlendirme sağlayacağı düşünülmektedir. Günlük yöntemi zor bir ölçüm olmakla birlikte daha küçük gruplarla yapılan araştırmalarda ve müdahale programlarında kullanılarak alandaki kullanımının da artması hedeflenebilir.

Tüm bunlara ek olarak çalışmanın sonuçları, çok boyutlu ağrı şiddetinin ağrıya bağlı engellilik düzeyini hem doğrudan hem de pasif başetme aracılığıyla dolaylı olarak etkilediğine işaret etmektedir. Kronik ağrının oluşturduğu stresin artmasıyla kişiler, pasif başetme yöntemlerine daha çok başvurmakta ve bu durum engellilik düzeylerinin de arttırmasında rol oynamaktadır. Ağrıya bağlı engellilik düzeyini azaltmayı hedefleyen müdahalelerin ağrı stresine ve pasif başetmeye odaklanması gerekli gözükmektedir. Ağrı şiddeti azalmasa da ağrıya ilişkin değerlendirmelerin değişmesi ile ağrının oluşturduğu stresin azalması mümkün olabilir. Ayrıca ağrı yönetiminde pasif başetme kullanımının azalması ile kronik ağrının varlığında dahi engelliliğin azalmasının mümkün olacağı öngörülebilir. Diğer yandan ağrıya bağlı engellilik açısından rolü olan bir diğer değişken özetkinliktir. Hem genel hem de ağrıya özgü özetkinliğin ağrıya bağlı engellilik açısından koruyucu rolü olduğu görülmektedir. Diğer yandan özellikle ağrıya özgü özetkinliğin artması, pasif başetmenin azalması açısından rol oynamaktadır.

Aktivite düzeyi açısından ise sonuçlar farklı yordayıcılara işaret etmektedir. Kişilerin aktivite düzeylerini en güçlü yordayan değişken aktif başetmedir. Ağrı yönetiminde aktif başetme yöntemlerinin artmasıyla kişilerin günlük aktivitelerini sürdürmeleri de artmaktadır. Aktif başetmenin hangi değişkenlerle ilişkili olduğuna bakıldığında ise özellikle ağrıya özgü özetkinlik yükseldiğinde kişilerin ağrılarıyla aktif başetme yöntemlerini kullanmaları da artmaktadır. Tüm bu sonuçlar, müdahalelerde hedeflenen sonuç değişkenlere göre hem ağrı stresi açısından farklı ölçümlere hem de farklı başetme yöntemlerine odaklanmanın önemine işaret etmektedir.

Kronik ağrı hastalarıyla yürütülen çalışmalarda hem aktif hem de pasif başetme boyutlarının gelişebileceği görülmektedir (Regier ve Parmelee, 2015; Smeet vd., 2006; Turner vd., 2016). Örneğin; Smeet ve arkadaşları (2006), 211 kronik bel ağrısı olan hastayla yürüttükleri çalışmada; sadece fiziksel egzersiz, sadece BDT ve fiziksel egzersiz ile BDT'nin birlikte kullanıldığı kombine terapinin bir pasif başetme yöntemi olan ağrı endişesinin (felaketleştirme) azalması açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha etkili olduğuna işaret etmektedir. Söz konusu çalışmanın bir diğer önemli bulgusu ise aktif üç tedavi koşulunun ağrıya bağlı engellilik düzeyinin azalması açısından etkili olmasında ağrıyı felaketleştirmenin azalmasının aracılık ettiği, felaketleştirmenin azalması aracılığıyla engellilik düzeyinin de azaldığıdır. Regier ve Parmelee (2015) tarafından osteoartrit hastalarıyla yapılan bir çalışmanın sonuçlarında ise 2 yıl arayla katılımcıların problem odaklı, yeniden odaklanma (dikkat dağıtma vs.) gibi aktif başetme stratejilerinin herhangi bir müdahale olmadan bile değişebildiği gözlenmiştir. Sonuç olarak çalışmalar, başetme stratejilerinin değişebileceğine ve müdahale programlarının ağrıya bağlı sonuçlar açısından gelişme sağlamasında başetme stratejilerinin hedeflenmesine vurgu yapmaktadır.

Literatürde psikososyal değişkenlerde meydana gelen gelişmelerle, ağrı sonuçlarının da değişebileceğini gösteren müdahale programları bulunmaktadır (Pedersen vd., 2016; Scott vd., 2016). Örneğin kas ve iskelet sistemi hastalığı olan 250 kişiye dönük bir müdahalede aralarında pasif başetme stratejisi olan ağrı endişesinin (felaketleştirme) de bulunduğu psikososyal değişkenlerde meydana gelen gelişme ile

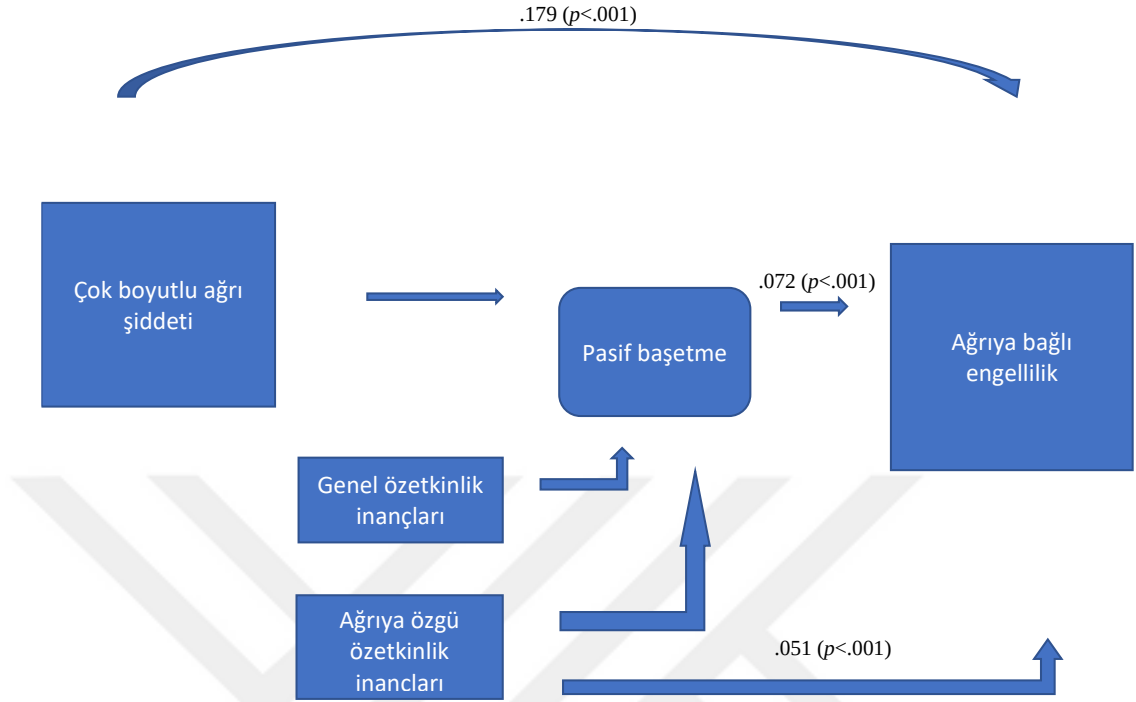
3. ve 12. aylarda ağrıya bağlı engellilik düzeyinde de gelişme kaydedildiği görülmektedir (Scott vd., 2016). Benzer şekilde aralarında fibromiyalji sendromunun da bulunduğu somatik semptom bozukluğu olan hastalarla yürütülen başka bir çalışmada da başetme stratejileri açısından özellikle endişenin önemi vurgulamakta ve semptomları felaketleştirmenin azalmasıyla kişilerde engelliliğin azaldığı görülmektedir (Pedersen vd., 2016). Benzer şekilde kronik ağrı hastalarına yönelik yapılan multidisipliner müdahale programlarında, ağrı şiddetinde bir değişim kaydedilememesine rağmen ağrıya bağlı engellilik düzeyinde bir değişim kaydedildiğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (örn; Jensen, Turner ve Romano, 2007). Özetle, çalışma sonuçları kronik ağrının oluşturduğu stres koşulunda; ağrı şiddetinde bir değişim olmasa dahi pasif başetme stratejilerinin azalmasıyla ağrıya bağlı engellilik düzeyinin de azaldığına ilişkin tutarlı bulgular sunmaktadır.

Aktivite düzeyi açısından aktif başetme ve özetkinliğin ön plana çıktığı görülmektedir. Literatürde özetkinlik düzeyinin de geliştiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (örn; Brekke, Hjortdahl ve Kvien, 2003; Turner vd., 2016). Turner ve arkadaşları (2016), 20-70 yaş arasındaki kronik bel ağrısı hastalarında BDT, yargısız farkındalık (mindfulness) odaklı stres azaltma ve standart medikal tedavilerin etkilerini karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonuçları, özetkinlik düzeyi açısından iki tedavi grubunda benzer oranda gelişme kaydedildiğini ve bu gelişmelerin standart medikal tedaviden daha fazla olduğunu göstermektedir. Kavramı geliştiren Bandura (1977), özetkinliğin dört yöntemle gelişebileceğine işaret etmektedir: başarı öyküleri, gözlemleyerek öğrenme, psikolojik iyilik ve sözel ikna. Bu yöntemlerin özellikle aktivite düzeyinin artırılmasını hedefleyen müdahale programlarında göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre aktivite düzeyini arttırmayı planlayan müdahalelerin özetkinliğe ve aktif başetme stratejilerine odaklanmaları önerilmektedir. Özellikle ağrıya özgü özetkinlik düzeyindeki artış ile kişilerin aktif başetme yöntemlerini daha fazla kullanması mümkün olmakta ve bu durum aktivite düzeyi açısından da koruyucu gözükmektedir.

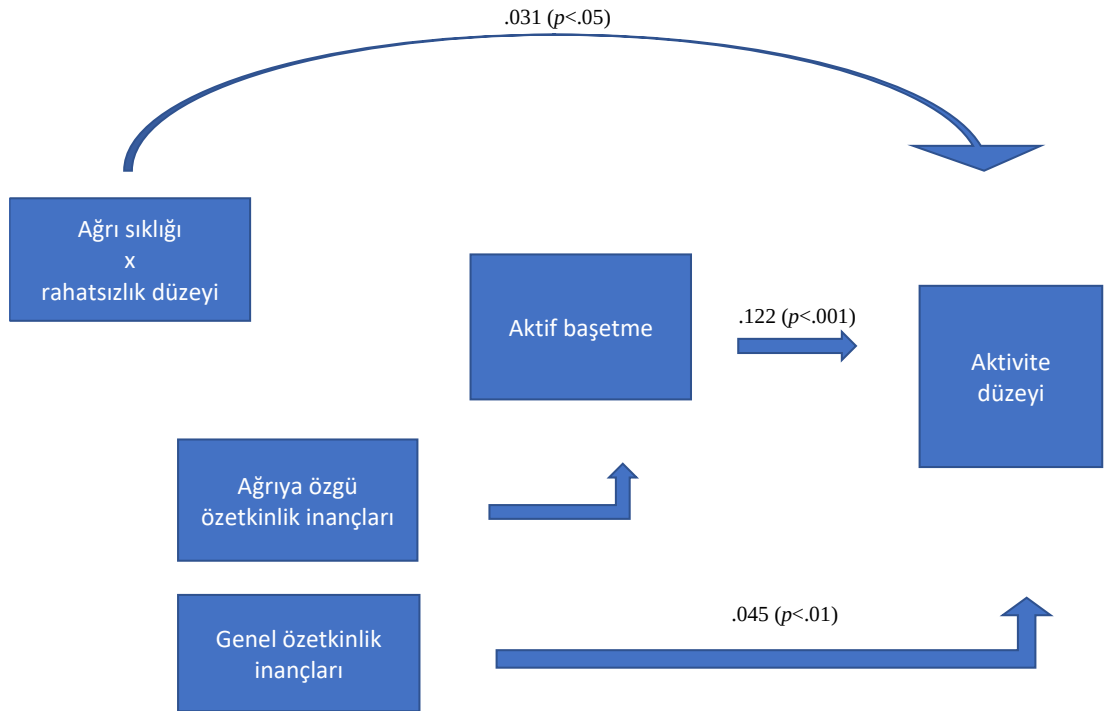
Kronik ağrı hastalarına ilişkin müdahale programlarının etki gücü açısından bir zorluk tedaviyi bırakma oranlarıdır (Damush vd., 2016; Hurley vd., 2007). Örneğin;

Hurley ve arkadaşları (2007), kronik diz ağrısı olan hastalarda egzersiz, kendini düzenleme ve aktif başetme stratejilerini geliştirmeyi içeren bütünleştirilmiş bir tedavi programı uygulamışlardır. Söz konusu müdahalede özellikle başlangıç düzeyinde fiziksel işlevsellikleri düşük düzeyde olan hastaların tedaviye devam etme oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Hedefe ve katılımcıların özelliklerine ilişkin yapılan müdahaleler, tedaviyi bırakma oranlarının azalması ve tedavinin etki gücünün artması açısından önemli olmaktadır. Bu sebeple müdahalelerin hastanın özelliklerine uygun hedefleri içermesi önerilmektedir.

Tüm kronik ağrı sendromları için en etkili tedavi yöntemi olarak multidisipliner tedaviler ön plana çıkmaktadır. Örneğin; osteoartrit hastalarıyla yürütülen bir çalışmada sadece psikolojik tedaviler, sadece fiziksel egzersiz ve psikolojik tedavi ile egzersizin bir arada kullanıldığı bütünleştirilmiş tedavilerin etkileri karşılaştırılmıştır (Bennell vd., 2016). Söz konusu çalışmada psikolojik tedavilerin amacı başetme stratejilerini geliştirmektir. Çalışmanın sonuçları bütünleştirilmiş tedaviye katılan kişilerin, tek başına psikolojik tedaviler ya da fiziksel egzersize göre fiziksel işlevsellik açısından daha fazla gelişme kaydettiğine işaret etmektedir. Sonuç olarak bu tez çalışmasının sonuçları, kronik ağrı hastalarında önemli olan iki sonuç değişkeni açısından farklı müdahale hedefleri olduğuna işaret etmektedir.



Şekil 4.1. Ağrıya Bağlı Engellilik Düzeyini Etkileyen Değişkenler



Şekil 4.2. Aktivite Düzeyini Etkileyen Değişkenler

Bu sonuçların kronik ağrı hastalarına dönük hazırlanacak müdahale programları açısından klinisyenlere öneriler sunduğu düşünülebilir. Çalışmada ele alınan tüm bileşenler bir arada değerlendirildiğinde; çok boyutlu ağrı şiddeti ile ölçülen ağrı stresinin arttığı durumlarda kişilerin pasif başetme tepkilerinin de arttığı görülmektedir. Bu durumda, ağrı stresinden bağımsız bir kavram olarak ağrıya özgü özetkinliğin artması da aktif başetmeyi arttırarak aktivite düzeyinin artmasına; pasif başetmeyi azaltarak da ağrıya bağlı engelliliğin azalmasına etki edebilir. Kronik ağrıya ilişkin bu çok boyutlu değerlendirme sadece ağrı şiddetine odaklı duyuşal bakış açısının oluşturduğu kısır döngüyü de engelleyebilir. İki sonuç değişkene ilişkin şema Şekil 5.1 ve 5.2.'de sunulmaktadır. Özetlenecek olursa çalışmanın sonuçları, kronik ağrıya bağlı olumlu ve olumsuz sağlık sonuçlarında psikososyal değişkenlerin önemine işaret etmekte; sağlık psikolojisinin önermeleri doğrultusunda kronik bir stres türü olarak ağrıya uyum sağlamakta söz konusu değişkenlere odaklanmak önemli gözükmektedir.

KAYNAKÇA

- ABDALLAH, C.G., GEHA, P.: 2017 “Chronic Pain and Chronic Stress: Two Sides of the Same Coin?”, **Chronic Stress**, 1, 1-10.
- AHLSTRAND, I., VAZ, S., FALKMER, T., THYBERG, I., BJORK, M.: 2017 “Self-Efficacy and Pain Acceptance as Mediators of the Relationship Between Pain and Performance of Valued Life Activities in Women And Men with Rheumatoid Arthritis”, **Clinical Rehabilitation**, 31(6), 824-834.
- AIYEBUSI, A.I., ISHOLA, T., AKINBO, S.R.A.: 2018 “Pain Coping Strategies with Functional Disability and Quality Of Life in Patients with Knee Osteoarthritis in Lagos, Nigeria”, **Journal of Applied Sciences and Environmental Management**, 22(12), 1931-1936.
- ALDA, M., LUCIANO, J.V., ANDRES, E., SERRANO-BLANCO, A., RODERO, B., DEL HOYO, Y.L., ROCA, M., MORENO, S.R., MAGALLON, R., GARCIA-CAMPAYO, J.: 2011 “Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Catastrophization in Patients with Fibromyalgia: A Randomised Controlled Trial”, **Arthritis Research & Therapy**, 13(173), 1-13.
- 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.
- ALTIN-CETIN, A., BEKTAS, H., OZDOGAN, M.: 2016 “The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory: Reliability and Validity of the Turkish Version in Individuals with Cancer”, **European Journal of Oncology Nursing**, 20, 1-9.
- AMERICAN CHRONIC PAIN ASSOCIATION.: 2013 ACPA resource guide to chronic pain medication ve treatment.
- ANDERSON, K.O., DOWDS, B.N., PELLETZ, R.E., EDWARDS, W.T.: 1995 “Development and Initial Validation of A Scale to Measure Self Efficacy Beliefs in Patients With Chronic Pain”, **Pain**, 63(1), 77-84.

ANDREU, Y., GALDON, M.J.,
DURA, E., FERRANDO, M.,
PASCUAL, J., TURK, D.C.,
JIMENEZ, Y., POVEDA, R.: 2006

“An Examination of the Psychometric Structure of the Multidimensional Pain Inventory in Temporomandibular Disorder Patients: A Confirmatory Factor Analysis”, **Head & Face Medicine**, 2(48), 1-9.

ARMITAGE, C.J., CONNER, M.:
2000

“Social Cognition Models and Health Behaviour: A Structured Review”, **Psychology and Health**, 15(2), 173-189.

ARNSTEIN, P.: 2000

“The Mediation of Disability by Self Efficacy in Different Samples of Chronic Pain Patients”, **Disability and Rehabilitation**, 22(17), 794-801.

AROLA, H.M., NICHOLLS, E.,
MALLEN, C., THOMAS, E.: 2010

“Self-Reported Pain Interference and Symptoms of Anxiety and Depression in Community-Dwelling Older Adults: Can a Temporal Relationship Be Determined?”, **European Journal of Pain**, 14(9), 966-971.

ASGHARI, A., JULAEIHA, S.,
GODARSI, M.: 2008

“Disability and Depression in Patients with Chronic Pain: Pain or Pain-Related Beliefs?”, **Archives of Iranian Medicine**, 11(3), 263-269.

AY, S., EVCİK, D.: 2008

“Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Dizabilite Düzeyi Üzerine Ağrı, Hastalık Şiddeti ve Radyolojik Evrelemenin Etkinliği”, **Romatizma**, 23(1), 14-17.

AYTAR, G.: 1985

“Life Events, Depression and Anxiety in a University Population”, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

AZEVEDO, L.F., COSTA-PEREIRA,
A., MENDONCA, L., DIAS, C.C.,
CASTRO-LOPES, J.M.: 2012

“Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal”, **The Journal of Pain**, 13(8), 773-783.

- BABADAĞ, B., ALPARSLAN-BALCI, G., GÜLEÇ, S.: 2015 "The Relationship Between Pain Beliefs and Coping With Pain of Algology Patients", **American Society for Pain Management Nursing**, 16(6), 910-919.
- BAIR, M.J., POLESHUCK, E.L., WU, J., KREBS, E.K., DAMUSH, T.M., TU, W., KROENKE, K.: 2013 "Anxiety but not Social Stressors Predict 12-Month Depression and Pain Severity", **The Clinical Journal of Pain**, 29(2), 95-101.
- BALAGUE, F., MANNION, A.F., PELLISE, F., CEDRASCHI, C.: 2012 "Non-Specific Low Back Pain", **Lancet**, 379(9814), 482-491.
- BANDURA, A., ADAMS, N.E.: 1977 "Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change", **Cognitive Therapy and Research**, 1(4), 287-310.
- BANDURA, A.: 1977 "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change", **Psychological Review**, 84(2), 191-215.
- BANDURA, A.: 1986 Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, Englewood Cliffs NJ Prentice Hall.
- BANDURA, A.: 1989 "Human Agency in Social Cognitive Theory", **American Psychologist**, 44(9), 1175-1184.
- BANDURA, A., FREEMAN, W.H., LIGHTSEY, R.: 1997 "Self-Efficacy: The Exercise Of Control", **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 13(2).
- BARLOW, J., WILLIAMS, B., WRIGHT, C.C.: 1997 "The Reliability and Validity of the Arthritis Self-Efficacy Scale in a UK Context", **Psychology, Health and Medicine**, 2(1), 3-17.
- BARNABE, C., BESSETTE, L., FLANAGAN, C., vd.: 2012 "Sex Differences in Pain Scores and Localization in Inflammatory Arthritis: A Systematic Review and Metaanalysis", **The Journal of Rheumatology**, 39(6), 1221-1130.

- BARON, R.M., KENNY, D.A.: 1986 “The Moderator–Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 51(6), 1173-1182.
- BARRY, L.C., GUO, Z., KERNS, R.D., DUONG, B.D., REID, M.C.: 2003 “Functional Self-Efficacy and Pain-Related Disability among Older Veterans with Chronic Pain in a Primary Care Setting”, **Pain**, 104(1-2), 131-137.
- BARTLEY, E.J., FILLINGIM, R.B.: 2013 “Sex Differences in Pain: A Brief Review of Clinical and Experimental Findings”, **British Journal of Anaesthesia**, 111(1), 52-58.
- BELAR, C.D., DEARDORFF, W.W., AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA): 1995 “Clinical Health Psychology in Medical Settings: a Practitioner's Guidebook”, Washington DC: American Psychological Association.
- BENKA, J., NAGYOVA, I., ROSENBERGER, J. vd.: 2013 “Is Coping Self-Efficacy Related to Psychological Distress in Early and Established Rheumatoid Arthritis Patients?”, **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 26(3), 285-297.
- BENNELL, K.L., AHAMED, Y., JULL, G. vd.: 2016 “Physical Therapist–Delivered Pain Coping Skills Training and Exercise for Knee Osteoarthritis: Randomized Controlled Trial”, **Arthritis Care & Research**, 68(5), 590-602.
- BENNETT, R.: 2005 “The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A Review of Its Development, Current Version, Operating Characteristics and Uses”, **Clinical and Experimental Rheumatology**, 23(39), 154-162.
- BENYON, K., HILL, S., ZADURIAN, N., MALLIN, C.: 2010 “Coping Strategies and Self-Efficacy as Predictors of Outcome in Osteoarthritis: A Systematic Review”, **Musculoskeletal Care**, 8(4), 224-236.
- BENYON, K., MULLER, S., HILL, S., MALLIN, C.: 2013 “Coping Strategies as Predictors of Pain and Disability in Older People in Primary Care: A

- Longitudinal Study”, **BMC Family Practice**, 14(67).
- BHARDWAJ, P., YADAV, R.K.: 2015 “Measuring Pain in Clinical Trials: Pain Scales, Endpoints, and Challenges”, **International Journal of Clinical and Experimental Physiology**, 2(3), 151-156.
- BİLGİÇ, A., KAMILOĞLU, R., TUNCER, S.: 2007 “Diz Osteoartritinde İzokinetik Egzersiz Programının Etkinliği”, **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi**, 21(3), 70-75.
- BJELLAND, I., DAHL, A.A., HAUG, T.T., NECKELMANN, D.: 2002 “The Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated Literature Review”, **Journal of Psychosomatic Research**, 52(2), 69-77.
- BJORNES, A.K., PARRY, M., LIE, I., FALK, R., LEEGAARD, M., RUSTOEN, T.: 2018 “The Association Between Hope, Marital Status, Depression and Persistent Pain in Men and Women Following Cardiac Surgery”, **BMC Women Health**, 18(1), 2-10.
- BLYTH, F., MARCH, L., NICHOLAS, M., COUSINS, M.: 2005 “Self-Management of Chronic Pain: A Population-Based Study”, **Pain**, 113(3), 285-292.
- BLYTE, F.M.: 2008 “Chronic pain – Is it a Public Health Problem?”, **Pain**, 137(3), 465-466.
- BONATHAN, C., HEARN, L., WILLIAMS, A.C.: 2013 “Socioeconomic Status and the Course and Consequences of Chronic Pain”, **Pain Management**, 3(3), 159-162.
- BOOKER, S.Q., HERR, K.A.: 2016 “Assessment and Measurement of Pain in Adults in Later Life”, **Clinics in Geriatric Medicine**, 32(4), 677-692.
- BORJALILU, S., KAVIANI, A., HELMI, S., KARBAKHS, M., MAZAHERI, M.A.: 2017 “Exploring the Role of Self-Efficacy for Coping with Breast Cancer: A Systematic Review”, **Archives of Breast Cancer**, 4(2), 42-47.

- BOUHASSIRA. D., LANTERI-MINET, MÇ, ATTAL, N., LAURENT, B., TOUBOUL, C.: 2008
 “Prevalence of Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in the General Population”, **Pain**, 136(3), 380-387.
- BRAGE, S., SANDANGER, I., NYGARD, J.F.: 2007
 “Emotional Distress as a Predictor for Low Back Disability: A Prospective 12-Year Population-Based Study”, *Spine*, 32(2), 269-274.
- BRANCO, J.C. vd.: 2010
 “Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries”, *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448-453.
- BREKKE, M., HJORTDAHL, P., KVIEN, T.K.: 2003
 “Changes in Self-Efficacy and Health Status Over 5-years: A Longitudinal Observational Study of 306 Patients with Rheumatoid Arthritis”, **Arthritis Rheumatology**, 49(3), 328-342.
- BRISTER, H., TURNER, J.A., AARON, L.A., MANCI, L.: 2006
 “Self-Efficacy is Associated with Pain, Functioning, and Coping in Patients with Chronic Temporomandibular Disorder Pain”, **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, 20(2), 115-124.
- BROWN, G.K., NICOSSIO, P.M.: 1987
 “The Development of a Questionnaire for the Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients”, **Pain**, 31(1), 53-64.
- BRODERICK, J.E., JUNGHAENEL, D.U., SCHNEIDER, S., BRUCKENTHAL, P., KEEFE, F.J.: 2011
 “Treatment Expectation for Pain Coping Skills Training: Relationship to Osteoarthritis Patients’ Baseline Psychosocial Characteristics”, **The Clinical Journal of Pain**, 27(4), 315–322.
- BRYANT, R.A.: 1993
 “Memory for Pain and Affect in Chronic Pain Patients”, **Pain**, 54(3), 347-351.
- BYRNE, D., STEINBERG, M.A., SCHWARTZ, M.S.: 1968
 “Relationship Between Repression-Sensitization and Physical Illness”, **Journal of Abnormal Psychology**, 73(2), 154-155.

- CABRERA-LEON, A., CANTERO-BRAOJOS, M.A., GARCIA-FERNANDEZ, L., HOYOS, J.A.G.: 2018
- “Living with Disabling Chronic Pain: Results from a Face-To-Face Cross-Sectional Population-Based Study”, **BMJ Open**, 8.
- CANNON, W.B.: 1914
- “The Emergency Function of the Adrenal Medulla in Pain and the Major Emotions”, **American Journal of Physiology**, 33(2), 356–372.
- CANO, A., JOHANSEN, A.B., LEONARD, M.T., HANAWALT, J.D.: 2005
- “What are the Marital Problems of Patients with Chronic Pain?”, **Current Pain and Headache Reports**, 9(2), 96-100.
- CANO, A., MAYO, A., VENTIMIGLIA, M.: 2006
- “Coping, Pain Severity, Interference, and Disability: The Potential Mediating and Moderating Roles of Race and Education”, **The Journal of Pain**, 7(7), 459-468.
- CANO, A., WEISBERG, J.N., GALLAGHER, R.M.: 2000
- “Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample”, **Pain Medicine**, 1(1), 35-43.
- CARPINO, E., SEGAL, S., LOGAN, D., LEBEL, A., SIMONS, L.E.: 2006
- “The Interplay of Pain-Related Self-Efficacy and Fear on Functional Outcomes Among Youth with Headache”, **The Journal of Pain**, 15(5), 527-534.
- CARR, J.L., MOFFETT, J.A.K., SHARP, D.M., HAINES, D.R.: 2006
- “Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a Useful Tool for Predicting Participation in a Self-Management Programme? Further Evidence of Validity on a Sample of UK Pain Clinic Patients”, **BMC Musculoskeletal Disorders**, 7, 101.
- CARROLL, L.J., CASSIDY, J.D., COTE, P.: 2004
- “Depression as a Risk Factor for Onset of an Episode of Troublesome Neck and Low Back Pain”, **Pain**, 107(1-2), 134-139.

CARVER, C.S., SCHEIER, M. F.,
WEINTRAUB, J. K.: 1989

“Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 56(2), 267-283.

CELLA, D., PETERMAN, A.,
HUDGENS, S., WEBSTER, K.,
SOCINSKI, M.A.: 2003

“Measuring Side Effects of Taxane Therapy in Oncology: The Functional Assessment of Cancer Therapy-Taxane (FACT-Taxane)”, **Cancer**, 98(4), 822-831.

CELLA, D.F., TULSKY, D.S.,
GRAY, G. vd.: 1993

“The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and Validation of the General Measure”, **Journal of Clinical Oncology**, 11(3), 570-579.

CHERKIN, D.C., SHERMAN, K.J.,
BALDERSON, B.H., COOK, A.J.,
ANDERSON, M.L., HAWKES, R.J.,
HANSEN, K.E., TURNER, J.A.: 2016

“Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive-Behavioral Therapy and Usual Care on Back Pain and Functional Limitations among Adults with Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial”, **Jama**, 315(12), 1240-1249.

CHESNEY, M.A., NEILANDS, T.B.,
CHAMBERS, D.B., TAYLOR, J.M.,
FOLKMAN, S.: 2006

“A Validity and Reliability Study of the Coping Self-Efficacy Scale”, **British Journal of Health Psychology**, 11(3), 421-437.

CHOI, N.G., SNOW, A.L., KUNIK,
M.E.: 2016

“Pain Severity, Interference, and Prescription Analgesic Use among Depressed, Low-Income Homebound Older Adults”, **Aging and Mental Health**, 20(8), 804-813.

CHOU, R., SHEKELLE, P.: 2010

“Will This Patient Develop Persistent Disabling Low Back Pain?”, **JAMA**, 303(13), 1295-1302.

CLOSS, S.J., STAPLES, V., REID, I.,
BENNETT, M.I., BRIGGS, M.: 2009

“The Impact of Neuropathic Pain on Relationships”, **Journal of Advanced Nursing**, 65(2), 402-411.

COHEN, S., KAMARCK, T.,
MERMELSTEIN, R.: 1983

“A Global Measure of Perceived Stress”, **Journal of Health and Social Behaviour**, 24(4), 385-396.

- COLLINS, S.L., MOORE, R.A., MCQUAY, H.J., WIFFEN, P.: 2000
“Antidepressants and Anticonvulsants for Diabetic Neuropathy and Postherpetic Neuralgia: A Quantitative Systematic Review”, **Journal of Pain and Symptom Management**, 20(6), 449-458.
- COSTA, L., MAHER, C., MCAULEY, J.H., HANCOCK, M.J., SMEETS, R.J.E.M.: 2011
“Self-Efficacy is More Important Than Fear of Movement in Mediating The Relationship Between Pain and Disability in Chronic Low Back Pain”, **European Journal of Pain**, 15(2), 213-219.
- DAMSGARD, E., THRANE, G., ANKE, A., FORS, T., ROE, C.: 2010
“Activity-related Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Disorders”, **Disability and Rehabilitation**, 32(17), 1428-1437.
- DAMUSH, T.M., KROENKE, K., BAIR, M.J., WU, J., TU, W., KREBS, E.E., POLESHUCK, E.: 2016
“Pain Self-Management Training Increases Self-Efficacy, Self- Management Behaviours and Pain and Depression Outcomes”, **European Journal of Pain**, 20(7), 1070-1078.
- DANSIE, E.J., TURK, D.C. 2013
“Assessment of Patients with Chronic Pain”, **British Journal of Anaesthesia**, 111(1), 19-25.
- DAVEY, G.C., LEVY, S.: 1998
“Catastrophic Worrying: Personal Inadequacy and a Perseverative Iterative Style as Features of the Catastrophizing Process”, **Journal of Abnormal Psychology**, 107(4), 576-586.
- DE BENEDITTIS, G., LORENZETTI, A.: 1992
“Minor Stressful Life Events (Daily Hassles) in Chronic Primary Headache: Relationship with MMPI Personality Patterns”, **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, 32(7), 330-334.
- DE HEER, E.W., GERRITS, M.M., BEEKMAN, A.T., DEKKER, J., VAN MARWIJK, H.W., DE WAAL, M.W., SPINHOVEN, P., PENNINX, B.W., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C.M.: 2014
“The Association of Depression and Anxiety with Pain: A Study from NESDA”, **PloS One**, 9(10).

- DELA CRUZ, A.M., BERNSTEIN, I.H., GREER, T.L., WALKER, R., RETHORST, C.D., GRANNEMANN, B., CARMODY, T., TRIVEDI, M.H.: 2014
- “Self-rated Measure of Pain Frequency, Intensity, and Burden: Psychometric Properties of a New Instrument for the Assessment Of Pain”, **Journal of Psychiatric Research**, 59, 155-160.
- DE LA VEGA, R., FISHER, EMMA, PALERMO, T.M.: 2018
- “Toward Change: Targeting Individual and Interpersonal Processes in Therapeutic Interventions for Chronic Pain”, in **Social and Interpersonal Dynamics in Pain**, 483-500.
- DE MOS, M., DE BRUIJN, A.G., HUYGEN, F.J., DIELEMAN, J.P., STRICKER, B.H., STURKENBOOM, M.C.: 2007
- “The Incidence of Complex Regional Pain Syndrome: A Population-Based Study”, **Pain**, 129(1-2), 12–20.
- DEMYTTENAERE, K., BRUFFAERTS, R., LEE, S. vd.: 2007
- “Mental Disorders Among Persons with Chronic Back or Neck Pain: Results From The World Mental Health Surveys”, **Pain**, 129(3), 332-342.
- DENISON, E., ASENLOF, P., LINDBERG, P.: 2004
- “Self-Efficacy, Fear Avoidance, and Pain Intensity as Predictors of Disability in Subacute and Chronic Musculoskeletal Pain Patients in Primary Health Care”, **Pain**, 111(3), 245-252.
- DENKINGER, M.D., LUKAS, A., NIKOLAUS, T., PETER, R., FRANKE, S.: 2014
- “Multisite Pain, Pain Frequency and Pain Severity are Associated with Depression in Older Adults: Results from the Actife Ulm Study”, **Age Aging**, 43(4), 510-514.
- DEYO, R.A., MIRZA, S.K., MARTIN, B.I.: 2006
- “Back Pain Prevalence and Visit Rates: Estimates from U.S. National Surveys, 2002”, **Spine**, 31(23), 2724-2727.
- DOBKIN, P.L., LIU, A., ABRAHAMOWICZ, M., IONESCU-ITTU, R., BERNATSKY, S., GOLDBERGER, A., BARON, M.: 2010
- “Predictors of Disability and Pain Six Months After the End of Treatment for Fibromyalgia”, **The Clinical Journal of Pain**, 26(1), 23-29.

- DUENAS, M., OJEDA, B., SALAZAR, A., MICO, J.A., FAILDE, I.: 2016
 “A Review of Chronic Pain Impact on Patients, Their Social Environment and the Health Care System”, **Journal of Pain Research**, 9, 457-467.
- DYSVIK, E., NATVIG, G.K., EIKELAND, O.J., LINDSTROM, T.C.: 2005
 “Coping with Chronic Pain”, **International Journal of Nursing Studies**, 42(3), 297-305.
- ECCLESTON, C., CROMBEZ, G., ALDRICH, S., STANNARD, C.: 2001
 “Worry and Chronic Pain Patients: A Description and Analysis of Individual Differences”, **European Journal of Pain**, 5(3), 309-318.
- ECCLESTON, C., MORLEY, S.J., WILLIAM, A.C.: 2013
 “Psychological Approaches to Chronic Pain Management: Evidence and Challenges”, **British Journal of Anaesthesia**, 111(1), 59-63.
- EGWU, M.O., OLAKUNLE, A.O.: 2012
 “Relationship of Duration and Intensity of Pain with Depression and Functional Disability Among Patients with Low-Back Pain”, **Low Back Pain Pathogenesis and Treatment**, 69-78.
- EHDE, D.M., DILLWORTH, T.M., TURNER, J.A.: 2014
 “Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals with Chronic Pain”, **American Psychologist**, 69(2), 153-166.
- ENGEL, G.L.: 1959
 “Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient”, **American Journal of Medicine**, 26(6), 899-918.
- ESTEVE, R., RAMIREZ-MAESTRE, C., LOPEZ-MARTINEZ, A.: 2007
 “Adjustment to Chronic Pain: the Role of Pain Acceptance, Coping Strategies, and Pain-Related Cognitions”, **Annals of Behavioral Medicine**, 33(2), 179-188.
- EVERLY, G. S., LATING, J. M.: 2002
 A clinical guide to the treatment of the human stress response (2nd ed.). New York: Kluwer Academic.

- FERREIRA, M.L., MACHADO, G., LATIMER, J., MAHER, C., FERREIRA, P.H., SMEETS, R.J.: 2010
 “Factors Defining Care-Seeking in Low Back Pain: A Meta-Analysis of Population Based Surveys”, **European Journal of Pain**, 14(7), 747e1-7.
- FERREIRA-VALENTE, M.A., PAIS-RIBEIRO, J.L., JENSEN, M.P.: 2014
 “Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain: a cross-cultural comparison”, **The Clinical Journal of Pain**, 30(8), 713-723.
- FERREIRA-VALENTE, M.A., PAIS-RIBEIRO, J.L., JENSEN, M.P., ALMEIDA, R.: 2011
 “Coping with Chronic Musculoskeletal Pain in Portugal an in The United States: A Cross-Cultural Study”, **Pain Medicine**, 12(10), 1470-1480.
- FERREIRA-VALENTE, M.A., PAIS-RIBEIRO, J.L., JENSEN, M.P.: 2011
 “Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire”, **Acta Reumatologica Portuguesa**, 36(3), 260-267.
- FEUERSTEIN, M., SULT, S., HOULE, M.:1985
 “Environmental Stressors and Chronic Low Back Pain: Life Events, Family and Work Environment”, **Pain**, 22(3), 295-307.
- FILLINGIM, R.B., KING, C.D., RIBEIRO-DASILVA, M.C., RAHIM-WILLIAMS, B., RILEY, J.L.: 2009
 “Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings”, **The Journal of Pain**, 10(5), 447-485.
- FILLINGIM, R.B., LOESER, J.D., BARON, R., EDWARDS, R.R.: 2016
 “Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms”, **The Journal of Pain**, 17(9), 10-20.
- FORDYCE, W.E.: 1984
 “Behavioral Science and Chronic Pain”, **Postgraduate Medical Journal**, 60(710), 865-868.
- FORDYCE, W.E., FOWLER, R.S., LEHMANN, J.F., DELATEU, B.J., SAND, P.L., TRIESCHMAN, R.B.: 1973
 “Operant Conditioning in the Treatment of Chronic Clinical Pain”, **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 54(9), 399-408.

- FORSYTHE, L.P., THORN, B., DAY, M., SHELBY, G.: 2011 "Race and Sex Differences in Primary Appraisals, Catastrophizing, and Experimental Pain Outcomes", **The Journal of Pain**, 12(5), 563-572.
- FOSTER, N.E., THOMAS, E., BISHOP, A., DUNN, K.M., MAIN, C.J.: 2010 "Distinctiveness of Psychological Obstacles to Recovery in Low Back Pain Patients in Primary Care", **Pain**, 148(3), 398-406.
- FOWLER, S.L., RASINSKI, H.M., GEERS, A.L., HELFER, S.G., FRANCE, C.R.: 2011 "Concept Priming and Pain: An Experimental Approach to Understanding Gender Roles in Sex-Related Pain Differences", **Journal of Behavioral Medicine**, 34(2), 139-147.
- FRANSEN, M., WOODWARD, M., NORTON, R., COGGAN, C., DAWE, M., SHERIDAN, N.: 2002 "Risk Factors Associated with the Transition from Acute to Chronic Occupational Back Pain", **Spine**, 27(1), 92-98.
- FRIEDMAN, H.S., DI MATTEO, M.R. :1989 Health Psychology. London: Prentice Hall.
- GARBI, M.O.S.S., HORTENSE, P., GOMEZ, R.R.F., SILVA, T.C.R., CASTANHO, A.C.F., SOUSA, F.A.E.F.: 2014 "Pain Intensity, Disability and Depression in Individuals with Chronic Back Pain", **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 22(4), 569-575.
- GARCIA-CAMPAYO, M., PASCUAL, A., ALDA, M., RAMIREZ, M.T.G.: 2007 "Coping with Fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42", **Pain**, 132(1), 68-76.
- GENERAAL, E., VOGELZANGS, N., MACFARLANE, G.J., GEENEN, R., SMIT, J.H., DE GEUS, E.J.C.N., DEKKER, J., PENNINX, B.W.J.H.:2017 "Biological Stress Systems, Adverse Life Events, and the Improvement of Chronic Multisite Musculoskeletal Pain Across a 6-Year Follow-Up", **The Journal of Pain**, 18(2), 155-165.
- GEYH, S., PETER, C., MULLER, R., BICKENBACH, J.E., KOSTANJSEK, N., USTUN, B.T., STUCKI, G., CIEZA, A.: 2011 "The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the Literature-A Systematic Review and Content Analysis", **Disability and Rehabilitation**, 33(13-14), 1089-1102.

- GHOSH, S.N., SHARMA, T.: 2010 "Life Events Stress and Chronic Pain", **Psychological Studies**, 55(1), 46-51.
- GIBOFSKY, A.: 2014 "Epidemiology, Pathophysiology, and Diagnosis of Rheumatoid Arthritis: A Synopsis", **American Journal of Managed Care**, 20(7), 128-135.
- GIGNAC, M.A., DAVIS, A.M., HAWKER, G., WRIGHT, J.G., MAHOMED, N., FORTIN, P.R., BADLEY, E.M.: 2006 "What Do You Expect? You're Just Getting Older: A Comparison of Perceived Osteoarthritis-Related and Aging-Related Health Experiences in Middle- and Older-Age Adults", **Arthritis & Rheumatism**, 55(6), 905-912.
- GLORIA, K.L., JEN, K.H., SZAROWSKI-COX, J., HIDETOSHI, H., TZU, A.H. :2018 "Coping Styles Effect on Stress and Psychological Well-being among Individuals with Chronic Pain", **Journal of Depression and Anxiety**, 7(1), 295.
- GONZALEZ, V.M., STEWART, A., RITTER, P.L., LORIG, K.: 1995 "Translation Self-Efficacy in Older Adults with Pain and Validation of Arthritis Outcome Measures into Spanish", **Arthritis Rheumatology**, 38(10), 1429-1446.
- GONZALEZ-CHICA, D.A., VANLINT, S., HOON, E., STOKS, N.: 2018 "Epidemiology of Arthritis, Chronic Back Pain, Gout, Osteoporosis, Spondyloarthropathies and Rheumatoid Arthritis among 1.5 Million Patients in Australian General Practice: NPS Medicinewise Medicineinsight Dataset", **BMC Musculoskeletal Disorders**, 19(1), 20.
- GREENE, J.W., WALKER, L.S., HICKSON, G., THOMPSON, J.: 1985 "Stressful Life Events and Somatic Complaints in Adolescents", **Pediatrics**, 75(1), 19-22.
- GUPTA, A., SILMAN, A.J., RAY, D., MORRISS, R., DICKENS, C., MACFARLANE, G.J., CHIU, Y.H., NICHOLL, B. MCBETH, J. :2007 "The Role of Psychosocial Factors in Predicting the Onset of Chronic Widespread Pain: Results From a Prospective Population-Based Study", **Rheumatology (Oxford)**, 46(4), 666-671.

GURALNIK, J.M., SIMONSICK, E.M., FERRUCCI, L., GLYNN, R.J., BERKMAN, L.F., BLAZER, D.G., SCHERR, P.A., WALLACE, R.B.: 1994

“A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association with Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission”, **The Journal of Gerontology**, 49(2), 85-94.

GUREJE, O., VON KORFF, M., KOLA, L...., ALONSO, J.: 2008

“The Relation Between Multiple Pains and Mental Disorders: Results from the World Mental Health Surveys”, **Pain**, 135(1-2), 82-91.

HAAN, N.: 1969

“A tripartite Model of Ego Functioning: Values and Clinical Research Application”, **Journal of Nervous and Mental Disease**, 148(1), 14-30.

HAMURYUDAN, V.: 2007

Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar I. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **Sempozyum Dizisi**, 55, 69-86.

HARRISON, J.K., CHADWICK, M., SCALES, M.: 1996

“The Relationship Between Cross-Cultural Adjustment and the Personality Variables of Self-Efficacy And Self-Monitoring”, **International Journal of Intercultural Relations**, 20(2), 167-188.

HAUSER, W., BRAHLER, E., WOLFE, F., HENNINGSEN, P.:2014

“Patient Health Questionnaire 15 as a Generic Measure of Severity in Fibromyalgia Syndrome: Surveys with Patients of Three Different Settings”, **Journal of Psychosomatic Research**, 76(4), 307-311.

HECHLER, T., KOSFELDER, J., VOCKS, S., MONNINGER, T., BLANKENBURG, M., DOBE, M., GERLACH, A.L., DENECKE, H., ZERNİKOW, B.: 2010

“Changes in Pain-Related Coping Strategies and Their Importance for Treatment Outcome Following Multimodal Inpatient Treatment: Does Sex Matter?”, **The Journal of Pain**, 11(5), 472-483.

HERMSEN, L.A.H., Wouden, L.C., LEONE, S.S., SMALBRUGGE, M. HORST, H.E., DEKKER, J.: 2016

“The Longitudinal Association of Cognitive Appraisals and Coping Strategies with Physical Functioning in Older Adults with joint Pain and Comorbidity: A Cohort Study. **BMC Geriatrics**, 16(29), 2-8.

HILDERINK, P.H., BURGER, H.,
DEEG, D.J., BEEKMAN, A.T.,
OUDE VOSHAAR, R.C.: 2012

“The Temporal Relation Between Pain And Depression: Results from The Longitudinal Aging Study Amsterdam”, **Psychosomatic Medicine**, 74(9), 945-951.

HOCAOGLU, A., SERTEL-BERK,
H.O., KETENCİ, A.: 2019

“Ağrıyla Başetme Envanteri’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **Ağrı**, 31(1), 32-41.

HOFFMAN, B.M., PAPAS, R.K.,
CHATKOFF, D.K., KERNS, R.D.:
2007

“Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain”, **Health Psychology**, 26(1), 1-9.

HOLMES, T. H., RAHE, R. H.: 1967

“The Social Readjustment Rating Scale”, **Journal of Psychosomatic Research**, 11(2), 213-221.

HOUDE, F., CABANA, F.,
LEONARD, G.: 2016

“Does Age Affect the Relationship Between Pain and Disability? A Descriptive Study in Individuals Suffering From Chronic Low Back Pain”, **Journal of Geriatric Physical Therapy**, 39(3), 140-145.

HUNDT, N.E., BENSADON, B.A.,
STANLEY, M.A., PETERSEN, N.J.,
KUNIK, M.E., KAUTH, M.R.,
CULLY, J.A.: 2015

“Coping Mediates the Relationship Between Disease Severity and Illness Intrusiveness Among Chronically Ill Patients”, **Journal of Health Psychology**, 20(9), 1186-1195.

HUNTER, T.M., BOYTSOV, N.N.,
ZHANG, X., SCHROEDER, K.,
MİCHAUD, K., ARAUJO, A.B.: 2017

“Prevalence of Rheumatoid Arthritis in the United States Adult Population in Healthcare Claims Databases, 2004–2014”, **Rheumatology International**, 37(9), 1551-1557.

HURLEY, M.V., WALSH, N.E.,
MITCHELL, H.L., PIMM, T.J.,
PATEL, A., WILLIAMSON, E.,
JONES, R.H., DIEPPE, P.A.,
REEVES, B.C.: 2007

“Clinical Effectiveness of a Rehabilitation Program Integrating Exercise, Self-Management, and Active Coping Strategies for Chronic Knee Pain: A Cluster Randomized Trial”, **Arthritis & Rheumatism**, 57(7), 1211-1219.

HURWITZ, E.L., MORGENSTERN, H., YU, F.: 2003

“Cross-sectional and Longitudinal Associations of Low-Back Pain and Related Disability with Psychological Distress Among Patients Enrolled in The Ucla Low-Back Pain Study”, **Journal of Clinical Epidemiology**, 56(5), 463-471.

ÖZKAN, İ., OLGUN, N.: 2017

“Migrenli Hastalarda Öz Yeterlik, Ağrıyla Başa Çıkma Kendi Genel Yönetim Stratejileri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Teorik Bir Modelin Test Edilmesi”, **International Journal of Human Sciences**, 14(4), 3389-3404.

International Association Study of Pain (IASP) Part III: 1994

Pain terms, a current list with definitions and notes on usage study of pain classification of chronic pain (2nd edn.). **IASP Task Force on Taxonomy**, Seattle, WA, IASP Press, 209-214.

JACKSON, T., LEZZI, T., GUNDERSON, J., NAGASAKA, T., FRITCH, A.: 2002

“Gender Differences in Pain Perception: The Mediating Role of Self-Efficacy Beliefs”, **Sex Roles**, 47, 561-568.

JACKSON, T., WANG, Y., FAN, H.: 2014

“Associations Between Pain Appraisals and Pain Outcomes: Meta-Analysis of Laboratory Pain and Chronic Pain Literatures”, **The Journal of Pain**, 15(6), 586-601.

JACKSON, T., WANG, Y., WANG, Y., FANZ, H.: 2014

“Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: a Meta-Analytic Review”, **The Journal of Pain**, 15(8), 800-814.

JENSEN, M. KEEFE, F.J., LEFEBVRE, J.C., ROMANO, J.M., TURNER, J.A.: 2003

“One- and Two-item Measures of Pain Beliefs and Coping Strategies”, **Pain**, 104(3), 453-469.

JENSEN, R., STOVNER, L.: 2008

“Epidemiology and comorbidity of headache”, **The Lancet Neurology**, 7(4), 354-361.

JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M.: 2007

“Changes after Multidisciplinary Pain Treatment in Patient Pain Beliefs and Coping Are Associated with

- Concurrent Changes in Patient Functioning”, **Pain**, 131(1-2), 38-47.
- JENSEN, M.P., TURNER, J. A., ROMANO, J. M., STROM, S. E.: 1995
- “The Chronic Pain Coping Inventory: Development and Primary Validation”, **Pain**, 60(2), 203-216.
- JONES, J., RUTLEDGE, D.N., JONES, K.D., MATAALLANA, L., ROOKS, D.S.: 2008
- “Self-assessed Physical Function Levels of Women with Fibromyalgia: A National Survey”, **Womens Health Issues**, 18(5), 406-412.
- JONSDOTTIR, T., GUNNARSDOTTIR, S., OSKARSSON, G.K., JONSDOTTIR, H.: 2016
- “Patients' Perception of Chronic-Pain-Related Patient-Provider Communication in Relation to Sociodemographic and Pain-Related Variables: A Cross-Sectional Nationwide Study”, **Pain Management Nursing**, 17(5), 322-332.
- KACZYNSKI, K.J., SIMONS, L.E., CLAAR, R.L.: 2011
- “Anxiety, Coping, and Disability: A Test of Mediation in a Pediatric Chronic Pain Sample”, **Journal of Pediatric Psychology**, 36(8), 932-941.
- KALAPURAKKEL, S., CARPINO, E.A., LEBEL, A., SIMONS, L.A.: 2015
- “Pain Can’t Stop Me: Examining Pain Self-Efficacy and Acceptance as Resilience Processes Among Youth With Chronic Headache”, **The Journal of Pediatric Psychology**, 40(9), 926-933.
- KAPLAN, H. I. :1975
- Current Psychodynamic Concepts in Psychosomatic Medicine. R. O. Pasnau (Ed.). Consultation Psychiatry. New York: Grune and Stratton
- KARASAWA, Y., YAMADA, K., ISEKI, M., YAMAGUCHI, M., MURAKAMI Y., TAMAGAWA, T., KADOWAKI, F., HAMAOKA, S., ISHII, T., KAWAI, A., SHINOHARA, H., YAMAGUCHI K., INADA, E.: 2019
- “Association Between Change in Self-Efficacy and Reduction in Disability among Patients with Chronic Pain”, **PLoS One**, 16, 14(4).

- KARLSSON, B., BURELL, G.,
ANDERBERG, U.M., SVARDSUDD,
K.: 2015
- KELLER, S., BANN, C.M., DODD,
S.L., SCHEIN, J., MENDOZA, T.R.,
CLEELAND, C.S.: 2004
- KERNS, R.D., TURK, D.C., RUDY,
T.E.: 1985
- KEOGH, E., MCCRACKEN, L.M.,
ECCLESTON, C.: 2005
- KRAAIMAAT, F.W., EVERS,
A.W.M.: 2003
- KREIN, S.L., HEISLER, M., PIETTE,
J.D., BUTCHART, A., KERR, E.A.:
2007
- KROENKE, K., WU, J., BAIR, M.J.,
KREBS, E.E., DAMUSH, T.M., TU,
W.: 2011
- KUCUKALİ-TÜRKYILMAZ, A.,
KURT, E.E., KARAKUCAK, M.,
CAPKIN, E.: 2012
- LAM, M.J., MARTINEZ, M.P.,
MIRO, E., SANCHEZ, A.I.,
GUZMAN, M.A.: 2018
- “Cognitive Behaviour Therapy in Women with
Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial”,
Scandinavian Journal of Pain, 9(1), 11-21.
- “Validity of the Brief Pain Inventory for Use in
Documenting the Outcomes of Patients with
Noncancer Pain”, **The Clinical Journal of Pain**,
20(5), 309-318.
- “The West Haven-Yale Multidimensional Pain
Inventory (WHYMPI)”, **Pain**, 23(4), 345-356.
- “Do Men and Women Differ in Their Response to
Interdisciplinary Chronic Pain Management?”, **Pain**,
114(1-2), 37-46.
- “Pain-Coping Strategies in Chronic Pain Patients:
Psychometric Characteristics of the Pain-Coping
Inventory (PCI)”, **International Journal of
Behavioral Medicine**, 10(4), 343-363.
- “Overcoming the Influence of Chronic Pain on Older
Patients' Difficulty with Recommended Self-
Management Activities”, **Gerontologist**, 47(1), 61-
68.
- “Reciprocal Relationship between Pain And
Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in
Primary Care”, **The Journal of Pain**, 12(9), 964-
973.
- “Socio Demographic Characteristic Clinical Signs
and Quality of Life in Patients With Fibromyalgia”,
The Eurasian Journal of Medicine, 44(2), 88-93.
- “Catastrophizing, Acceptance, and Coping as
Mediators Between Pain and Emotional Distress and
Disability in Fibromyalgia”, **Journal of Clinical
Psychology in Medical Setting**, 25(1), 80-92.

- LAMI, M.J, MARTINEZ, M.P., SANCHEZ, A.I.: 2013 "Systematic Review of Psychological Treatment in Fibromyalgia", **Current Pain Headache Reports**, 17(3), 345.
- LAMPE, A., DOERING, S., RUMPOLD, G., SOLDER, E., KRISMER, M., KANTNER-RUMPLMAIR, W., SCHUBERT, C., SOLLNER, W.: 2003 "Chronic Pain Syndromes and Their Relation to Childhood Abuse and Stressful Life Events", **Journal of Psychosomatic Research**, 54(4), 361-367
- LAMPE, A., SOLLNER, W., KRISMER, M., RUMPOLD, G., KANTNER-RUMPLMAIR, W., OGON, M., RATHNER, G.: 1998 "The Impact of Stressful Life Events on Exacerbation of Chronic Low-Back Pain", **Journal of Psychosomatic Research**, 44(5), 555-563.
- LANGLEY, P., MULLER-SCHWEFE, G., NICOLAOU, A., LIEDGENS, H., PERGOLIZZI, J., VARRASSI, G.: 2010 "The Societal Impact of Pain in The European Union: Health- Related Quality of Life and Healthcare Resource Utilization", **Journal of Medical Economics**, 13(3), 571-581.
- LAWRENCE, R. C., FELSON, D. T., HELMICK, C. G... WOLFE, F.: 2008 "Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in The United States. Part II", **Arthritis and Rheumatism**, 58(1), 26-35.
- LAZARUS, R.S.: 1993 "Coping Theory and Research: Past, Present, and Future", **Psychosomatic Medicine**, 55(3), 234-247.
- LAZARUS, R. S.: 1999 Stress and emotion: A New Synthesis. New York: Springer.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S.: 1984 Stress, Appraisal and Coping. New York, NY: Springer.
- LEONARD, M.T., CANO, A., JOHANSEN, A.B.: 2006 "Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence", **The Journal of Pain**, 7(6), 377-390.
- LERA, S., GELMAN, S.M., LOPEZ, M.J., ABENOZA, M., ZORRILLA, "Multidisciplinary Treatment of Fibromyalgia: Does Cognitive Behavior Therapy Increase the Response

- J.G., CASTRO-FORNIELES, J., SALAMERO, M.: 2009
to Treatment?", **Journal of Psychosomatic Research**, 67(5), 433-441.
- LERESCHE, L.: 2011
"Defining Gender Disparities in Pain Management", **Clinical Orthopaedics and Related Research**, 469(7), 1871-1877.
- LERMAN, S.F., RUDICH, Z., BRILL, S., SHALEV, H., SHAHAR, G.: 2015
"Longitudinal Associations Between Depression, Anxiety, Pain, and Pain-Related Disability in Chronic Pain Patients", **Psychosomatic Medicine**, 77(3), 333-341.
- LETHEM, J., SLADE, P.D., TROUP, J.D., BENTLEY, G.: 1983
"Outline of a Fear-Avoidance Model of Exaggerated Pain Perception-I", **Behaviour Research and Therapy**, 21(4), 401-408.
- LEWIS, J.E., HILDITCH, J.R., WONG, C.J.: 2005
"Further Psychometric Property Development of the Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire and Development of A Modified Version, MENQOL-Intervention Questionnaire", **Maturitas**, 50(3), 209-221.
- LOPEZ-MARTINEZ, A.E., ESTEVE-ZARAZAGA, R., RAMÍREZ-MAESTRE, C.: 2008
"Perceived Social Support and Coping Responses are Independent Variables Explaining Pain Adjustment Among Chronic Pain Patients", **The Journal of Pain**, 9(4), 373-379.
- 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 Rheumatology**, 32(1), 37-44.
- MACEA, D.D., GAJOS, K., DAGLIA CALIL, Y.A., FREGNI, F.: 2010
"The Efficacy of Web-Based Cognitive Behavioral Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis", **The Journal of Pain**, 11(10), 917-929.
- MACFARLANE, G.J., KRONISCH, C., DEAN, L., JONES, G.T.: 2017
"EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromyalgia", **Annals of the Rheumatic Diseases**, 76(2), 318-328.

- MANSFIELD, K.E., SIM, J., JORDAN, J.L., JORDAN, K.P.: 2016
“A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Chronic Widespread Pain in the General Population”, **Pain**, 157(1), 55-64.
- MARQUES, A.P., SANTO, A.S.D.E., BERSANETI, A.A., MATSUTANI, L.A., YUAN, S.L.K.: 2017
“Prevalence of Fibromyalgia: Literature Review Update”, **Revista Brasileira de Reumatologia**, 57(4), 356-363.
- MARTINEZ-CALDERON, J., MEEUS, M., STRUYF, F., MORALES-ASENCIO, J.M., GIJON-NOGUERON, G., LUQUE-SUAREZ, A.: 2018
“The Role of Psychological Factors in the Perpetuation of Pain Intensity and Disability in People with Chronic Shoulder Pain: a Systematic Review”, **BMJ Open**, 8(4).
- MAS, A. J., CARMONA, L., VALVERDE, M., RIBAS, B., EPISER Study Group.: 2008
“Prevalence and Impact of Fibromyalgia on Function and Quality of Life in Individuals From the General Population: Results from a Nationwide Study in Spain”, **Clinical and Experimental Rheumatology**, 26(4), 519-526.
- MATARAZZO, J.D.: 1980
“Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology”, **American Psychologist**, 35(9), 807.
- MATCHAM, F., RAYNER, L., STEER, S. ve HOTOFF, M.: 2013
“The Prevalence of Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Rheumatology**, 52(12), 2136-2148.
- MATTHIEU, M.M., IVANOFF, A.: 2006
“Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters”, **Brief Treatment and Crisis Intervention**, 6(4), 337-348.
- MCCONNELL, S., KOLOPACK, P., DAVIS, A.M.:2001
“The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): A Review Of Its Utility and Measurement Properties”, **Arthritis Rheumatology**, 45(5), 453-461.

- MCCRACKEN, L.M., ECCLESTON, C.: 2005 "A Prospective Study of Acceptance of pain and Patient Functioning with Chronic Pain", **Pain**, 118(1-2), 164-169.
- MCCRACKEN, L.M., HOSKINS, J., ECCLESTON, C.: 2006 "Concerns About Medication and Medication Use in Chronic Pain", **The Journal of Pain**, 7(10), 726-734.
- MCCRAE, R. R., COSTA, P. T.: 1986 "Personality, Coping, and Coping Effectiveness in an Adult Sample", **Journal of Personality**, 54(2), 385-405.
- MECHLIN, B.: 2012 "Lower Socioeconomic Status is Associated with Rating Experimental Pain as More Intense", **The Journal of Pain**, 13(4), 52.
- MENDOZA, T.R., WANG, X.S., CLEELAND, C.S., MORRISSEY, M., JOHNSON, B.A., WENDT, J.K., HUBER, S.L.: 1999 "The Rapid Assessment of Fatigue Severity in Cancer Patients: Use of the Brief Fatigue Inventory", **Cancer**, 85(5), 1186-1196.
- MELZACK, R.: 1987 "The Short-Form McGill Pain Questionnaire", **Pain**, 30(2), 191-197.
- MELZACK, R., WALL, P.D.: 1965 "Pain Mechanisms: A New Theory", **Science**, 150(3699), 971-979.
- MENNINGER, K. 1954 "Regulatory Devices of the Ego Under Major Stress" **International Journal of Psychoanalysis**, 35, 412-420.
- MERCADO, A.C., CARROLL, L.J., CASSIDY, J.D., COTE, P.: 2005 "Passive Coping is a Risk Factor for Disabling Neck or Low Back Pain", **Pain**, 117 (1-2), 51-57.
- MEUCCI, R.D., FASSA, A.G., FARIA, N.M.X.: 2015 "Prevalence of Chronic Low Back Pain: Systematic Review", **Revista de Saude Publica**, 49(1), 73-82.
- MILLER, S.M.: 1987 "Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking

- Under Threat”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 52(2), 345-353.
- MILLER, S.M.: 1980
When is little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting. In S Levine and H Ursin (Eds), (1980). **Health and Coping** (pp. 145–169). New York: Plenum.
- MILLER, R.P., KORI, S.H., TODD, D.D.: 1991.
“The Tampa Scale: A measure of kinesisophobia”, **Clinical Journal of Pain**, 7, 51-52.
- MORASCO, B.J., DOBSCHA, S.K.: 2008
“Prescription Medication Misuse and Substance Use Disorder in VA Primary Care Patients with Chronic Pain”, **General Hospital Psychiatry**, 30(2), 93-99.
- MORLEY, S.: 2011
“Efficacy and Effectiveness of Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Pain: Progress and Some Challenges”, **Pain**, 152(3), 99-106.
- MORRISON, V., BENNETT, P.: 2006
An Introduction to Health Psychology. Prentice Hall, London.
- MOTL, R.W., SNOOK, E.M., MCAULEY, E., GLIOTTONI, R.C.: 2006
“Symptoms, Self-Efficacy, and Physical Activity Among Individuals with Multiple Sclerosis”, **Research in Nursing And Health**, 29(6), 597-606.
- MULLEN, B., SULS, J.: 1982
“The Effectiveness of Attention and Rejection as Coping Styles: A Meta-Analysis of Temporal Differences”, **Journal of Psychosomatic Research**, 26(1), 43-49.
- NICHOLAS, M.K.: 1989
“Self-efficacy and Chronic Pain”, Paper Presented at the Annual Conference of the British Psychological Society, St. Andrews, Scotland.
- NICHOLAS, M.K.: 2007
“The Pain Self-Efficacy Questionnaire: Taking Pain into Account”, **European Journal of Pain**, 11(2), 153-163.

- NICHOLAS, M.K., MCGUIRE, B.E., ASGHARI, A.:2015 “A 2-Item Short Form of the Pain Self-Efficacy Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation of PSEQ-2”, **The Journal of Pain**, 16(2), 153-163.
- NICHOLAS, M.K., MOLLOY, A.R., BROOKER, C.: 2006 “Using Opioids with Persisting Noncancer Pain: A Biopsychosocial Perspective”, **Clinical Journal of Pain**, 22(2), 137-146.
- NIESTERS, M., DAHAN, A., KEST, B., ZACNY, J., STIJNEN, T., AARTS, L., SARTON, E.: 2010 “Do Sex Differences Exist in Opioid Analgesia? A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Experimental and Clinical Studies”, **Pain**, 151(1), 61-68.
- OJEDA, B., SALAZAR, A., DUENAS, M., TORRES, L., MICO, J., FAILDE, I.: 2014 The Impact of Chronic Pain: The Perspective of Patients, Relatives, and Caregivers. **Family Systems Health**, 32(4), 399-407.
- OKSUZ, E.: 2006 “Prevalence, Risk Factors, and Preference-Based Health States of Low Back Pain in a Turkish Population”, **Spine**, 31(25), 968-972.
- OSBORNE, T.L., JENSEN, M.P., EHDE, D.M., HANLEY, M.A., KRAFT, G.: 2007 “Psychosocial Factors Associated with Pain Intensity, Pain-Related Interference, and Psychological Functioning in Persons with Multiple Sclerosis And Pain”, **Pain**, 127(1-2), 52-62.
- PARRA-DELGADO, M., LATORRE-POSTIGO, J.M.: 2013 “Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomised Trial”, **Cognitive Therapy and Research**, 37(5), 1015-1026.
- PEDERSEN, H.F., FROSTHOLM, L., JENSEN, J.S., ORNBOL, E., SCHRÖDER, A.: 2016 “Neuroticism and Maladaptive Coping in Patients with Functional Somatic Syndromes”, **British Journal of Health Psychology**, 21, 917-936.
- PEREIRA, F.G., FRANCA, M.H., PAIVA, M.C.A., ANDRADE, L.H., VIANA, M.C.: 2017 “Prevalence and Clinical Profile of Chronic Pain and Its Association with Mental Disorders”, **Revista de Saude Publica**, 51(96).

PETERS, M.L., SORBI, M.J.,
KRUISE, D.A., KERSSENS, J.J.,
VERHAAK, P.F., BENSING, J.M.:
2000

“Electronic Diary Assessment of Pain, Disability and Psychological Adaptation in Patients Differing in Duration of Pain”, **Pain**, 84(2-3), 181-192.

PIEH, C., ALTMEPPEN, J.,
NEUMEIER, S., LOEW, T.,
ANGERER, M., LAHMANN, C.:
2012

“Gender Differences in Outcomes of a Multimodal Pain Management Program”, **Pain**, 153(1), 197-202.

POLLARD, C.A.: 1984

“Preliminary Validity Study of The Pain Disability Index”, **Perceptual and Motor Skills**, 59(3), 974.

POLESHUCKA, E.L., GREEN, C.R.:
2008

“Socioeconomic Disadvantage and Pain”, **Pain**, 136(3), 235-238.

PROBST, T., NEUMEIER, S.,
ALTMEPPEN, J., ANGERER, M.,
LOEW, T., PIEH, C.: 2016

“Depressed Mood Differentially Mediates the Relationship between Pain Intensity and Pain Disability Depending on Pain Duration: A Moderated Mediation Analysis in Chronic Pain Patients”, **Pain Research and Management**.

PUENTE, C.P., FURLONG, L.V.,
GALLARDO, C.E., MENDEZ, M.C.,
CRUZ, D.B., FERNANDES DE LAS
PENAS, C.: 2015

“Self-Efficacy and Affect as Mediators Between Pain Dimensions and Emotional Symptoms and Functional Limitation in Women with Fibromyalgia”, **Pain Management Nursing**, 16(1), 60-68.

PUNTILLO, K., NAIDU, R.K.: 2018

“Measurement of Chronic Pain and Opioid Use Evaluation in Community-Based Persons with Serious Illnesses”, **Journal of Palliative Medicine**, 21(2), 43-51.

RACINE, M., TOUSIGNANT-
LAFLAMME, Y., KLODA, L.A.,
DION, D., DUPUIS, G., CHOINIERE,
M.: 2012

“A Systematic Literature Review of 10 Years of Research on Sex/Gender and Pain Perception-Part 2: Do Biopsychosocial Factors Alter Pain Sensitivity Differently in Women and Men?”, **Pain**, 153(3), 619-635.

- RADLOFF, L.: 1977 "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", **Applied Psychological Measurement**, 1(3), 385-401.
- RAHMAN, A., REED, E., UNDERWOOD, M., SHIPLEY, M.E., OMAR, R.Z. :2008 "Factors Affecting Self-Efficacy and Pain Intensity in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Seen in A Specialist Rheumatology Pain Clinic" **Rheumatology(Oxford)**, 47(12), 1803-1808.
- RAMIREZ-MAESTRE, C., ESTEVE, R., LOPEZ, A.E.: 2008 "Cognitive Appraisal and Coping in Chronic Pain Patients", **European Journal of Pain**, 12(6), 749-756.
- REGIER, N.G., PARMELEE, P.A.: 2015 "The Stability of Coping Strategies in Older Adults with Osteoarthritis and the Ability of These Strategies to Predict Changes in Depression, Disability, and Pain", **Aging and Mental Health**, 19(12), 1113-1122.
- REID, M.C., WILLIAMS, C.S., CONCATO, J., TINETTI, M.E., GILL, T.M.: 2003 "Depressive Symptoms as a Risk Factor for Disabling Back Pain in Community-Dwelling Older Persons", **Journal of American Geriatrics Society**, 51(12), 1710-1717.
- RESNICK, B., JENKINS, L.S.: 2000 "Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale", **Journal of Nursing Research**, 49(3), 154-159.
- RIDDLE, D.L., JENSEN, M.P., ANG, D., SLOVER, J., PERERA, R., DUMENCI, L.: 2018 "Do Pain Coping and Pain Beliefs Associate with Outcome Measures Before Knee Arthroplasty in Patients Who Catastrophize About Pain? A Cross-sectional Analysis From a Randomized Clinical Trial", **Clinical Orthopaedics Related Research**, 476(4), 778-786.
- RIDDLE, D.L., KEEFE, F.J., NAY, W.T., MCKEE, D., ATTARIAN, D.E., JENSEN, M.P.: 2011 "Pain Coping Skills Training for Patients with Elevated Pain Catastrophizing Who Are Scheduled for Knee Arthroplasty: A Quasi-Experimental Study", **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 92(6), 859-865.

- RIKLI, R.E., JONES, C.J.: 1998
 “The Reliability and Validity of A 6-Minute Walk Test as A Measure of Physical Endurance in Older Adults”, **Journal of Aging And Physical Activity**, 6(4), 363-375.
- ROBERTS, M.H., MAPEL, D.W., HARTRY, A., VON WORLEY, A., THOMSON, H.: 2013
 “Chronic Pain and Pain Medication Use in Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Cross-Sectional Study”, **Annals of the American Thoracic Society**, 10(4), 290-298.
- ROBINSON, M.E., DANNECKER, E.A., GEORGE, S.Z., OTIS, J., ATCHISON, J.W., FILLINGIM, R.B.: 2005
 “Sex Differences in the Associations Among Psychological Factors And Pain Report: A Novel Psychophysical Study of Patients with Chronic Low Back Pain”, **The Journal of Pain**, 6(7), 463-470.
- ROLAND, M., MORRIS, R.: 1983
 “A study of the natural history of back pain. Part I. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain”, **Spine**, 8(2), 141-144.
- ROSENSTIEL, A. K., KEEFE, F. J.: 1983
 “The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment” **Pain**, 17(1), 33-44.
- ROSENZWEIG, S., GREESON, J.M., REIBEL, D.K., GREEN, J.S., JASSER, S.A., BEASLEY, D.: 2010
 “Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Pain Conditions: Variation in Treatment Outcomes and Role of Home Meditation Practice”, **Journal of Psychosomatic Research**, 68(1), 29-36.
- RUAU, D., LIU, L.Y., CLARK, J.D., ANGST, M.S., BUTTE, A.J.: 2012
 “Sex Differences in Reported Pain Across 11,000 Patients Captured in Electronic Medical Records”, **The Journal of Pain**, 13(3), 228-234.
- SAASTAMOINEN, P., LEINO-ARJAS, P., LAAKSONEN, M., LAHELMA, E.: 2005
 “Socio-economic Differences in the Prevalence of Acute, Chronic and Disabling Chronic Pain among Ageing Employees”, **Pain**, 114(3), 364-371.
- SALAMON, K.S., DAVIES, W.H., FUENTES, M.R., WEISMAN, S.J., HAINSWORTH, K.R.: 2014
 “The Pain Frequency-Severity-Duration Scale as a Measure of Pain: Preliminary Validation in a Pediatric Chronic Pain Sample”, **Pain Research and Treatment**.

- SALAFFI, F., SARZI-PUTTINI, P., ATZENI, F.: 2015 “How to Measure Chronic Pain: New Concepts”, **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, 29(1), 164-186.
- SAMWEL, H.J., EVERS, A.W., CRUL, B.J., KRAAIMAAT, F.W.: 2006 “The Role of Helplessness, Fear of Pain, and Passive Pain-Coping in Chronic Pain Patients”, **The Clinical Journal of Pain**, 22(3), 245-251.
- SARASON, I.G., SARASON, B.R., POTTER, E.H., ANTONI, M.H.: 1985 “Life Events, Social Support, and Illness”, **Psychosomatic Medicine**, 47(2), 156-163.
- SCHERBAUM, C.A., COHEN-CHARASH, Y., KERN, M.J.: 2006 “Measuring General Self-Efficacy: A Comparison Of Three Measures Using Item Response Theory”, **Educational and Psychological Measurement**, 66(6), 1047-1063.
- SCHMIDT, C.O., RASPE, H., PFINGSTEN, M., HASENBRING, M., BASLER, H.D., EICH, W., KOHLMANN, T.: 2007 “Back Pain in the German Adult Population: Prevalence, Severity, and Sociodemographic Correlates in a Multiregional Survey”, **Spine**, 32(18), 2005–2011.
- SCHWARZER, R., SCHULZ, U.: 2003 Stressful Life Events. A. M. Nezu ve P. A. Geller (Ed.) **Handbook of Psychology**: Vol 9. Health Psychology.
- SCOTT, E.L., KROENKE, K., WU, J., YU, Z.: 2016 “Beneficial Effects of Improvement in Depression, Pain Catastrophizing, and Anxiety on Pain Outcomes: A 12-Month Longitudinal Analysis”, **The Journal of Pain**, 17(2), 215-222.
- SELYE, H.: 1950 “Stress and the General Adaptation Syndrome”, **British Medical Journal**, 1(4667), 1383-1392.
- SHARP, T.J.: 2001 “Chronic Pain: a Reformulation of the Cognitive-Behavioral Model”, **Behavioral Research and Therapy**, 39(7), 787-800.

- SHELBY, R.A., EDMOND, S.N., WREN, A.A., KEEFE, F.J., PEPPERCORN, J.M., MARCOM, P.K., BLACKWELL, K.L., KIMMICK, G.G.: 2014
 “Self-Efficacy for Coping with Symptoms Moderates the Relationship Between Physical Symptoms and Well-Being in Breast Cancer Survivors Taking Adjuvant Endocrine Therapy”, **Supportive Care in Cancer**, 22(10), 2851-2859.
- SHERER, M., ADAMS, C.H.:1983
 “Construct validation of the Self-Efficacy Scale”, **Psychological Reports**, 53(3), 899-902.
- SHERER, M., MADDUX, J.E., MERCANDANTE, B., STEVEN, P.D., BETH, J., RONALD, W.R.: 1982
 “The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation”, **Psychological Reports**, 51(2), 663-671.
- SIMONS, L.E., KACZYNSKI, K.J.: 2012
 “The Fear Avoidance Model of Chronic Pain: Examination for Pediatric Application”, **The Journal of Pain**, 13(9), 827-835.
- SLAVICH, G.M.: 2016
 “Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings”, **Teaching of Psychology**, 43(4), 346-355.
- SMEETH, R.J.E.M., VLAEYEN, J.W.S., KESTER, A.D.M., KNOTTNERUS, J.A.: 2006
 “Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain”, **The Journal of Pain**, 7(4), 261-271.
- SMITH, B.H., ELLIOTT, A.M.: 2005
 “Active Self-Management of Chronic Pain in the Community”, **Pain**, 113(3), 249-250.
- SMITH, B.M., ZAUTRA, A.J.: 2008
 “The Effects of Anxiety and Depression on Weekly Pain in Women with Arthritis”, **Pain**, 138(2), 354-361.
- SPERBER, N., HALL, K.S., ALLEN, K., DEVELLIS, B.M., LEWIS, M., CALLAHAN, L.F.: 2014
 “The Role of Symptoms and Self-Efficacy in Predicting Physical Activity Change Among Older Adults with Arthritis”, **Journal of Physical Activity and Health**, 11(3), 528-535.

- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., LUSCHENE, R., VAGG, P.R., JACOBS, G.A.: 1983
- SRIKANTH, V.K., FRYER, J.L., ZHAI, G., WINZENBERG, T.M., HOSMER, D., JONES, G.: 2005
- STEFANE, T., SANTOS, M.A., MARINOVIC, A., HORTENSE, P.: 2013
- STEPHENS, H.E., LEHMAN, E., RAHEJA, D., YANG, C., WALSH, S., SIMMONS, Z.: 2016
- STEULTJENS, M.P., DEKKER, J., BIJLSMA, J.W.: 2001
- STOVNER, L.J., HAGEN, K., JENSEN, R., KATSARAVA, Z., LIPTON, R., SCHER, A., STEINER, T., ZWART, J.A.: 2007
- STRAHL, C., KLEINKNECHT, R.A., DINNEL, D.L.: 2000
- SUN, N., LOBBEZOO, F., VAN WIJK, A., VAN DER HEIJDEN, G. J. M. G., VISSCHER, C.M.: 2017
- Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- “A Meta-Analysis of Sex Differences Prevalence, Incidence and Severity of Osteoarthritis”, **Osteoarthritis Cartilage**, 13(9), 769-781.
- “Chronic Low Back Pain: Pain Intensity, Disability and Quality of Life”, **Acta Paulista de Enfermagem**, 26(1), 14-20.
- “The Role of Mental Health and Self-Efficacy in the Pain Experience of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis”, **Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration**, 17(3-4), 206-212.
- “Coping, Pain, and Disability in Osteoarthritis: A Longitudinal Study”, **The Journal of Rheumatology**, 28(5), 1068–1072.
- “The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide”, **Cephalalgia**, 27(3), 193-210.
- “The Role of Pain Anxiety, Coping and Pain Self-Efficacy in Rheumatoid Arthritis Patient Functioning”, **Behaviour Research and Therapy**, 38(9), 863-873.
- “Associations of Pain Intensity and Pain-Related Disability with Psychological and Socio-Demographic Factors in Patients with Temporomandibular Disorders: A Cross-Sectional Study at a Specialised Dental Clinic”, **Journal of Oral Rehabilitation**, 44, 187-196.

- SULLIVAN, M.J.L., BISHOP, S., PIVIK, J.: 1995
“The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation”, **Psychological Assessment**, 7(4), 524-532.
- SUMAN, A., BOSTICK, G.P., SCHAAFSMA, F.G., ANEMA, J.R., GROSS, D.P.: 2017
“Associations Between Measures of Socio- Economic Status, Beliefs about Back Pain, and Exposure to a Mass Media Campaign to Improve Back Beliefs”, **BMC Public Health**, 17, 504.
- TAIT, R.C., POLLARD, C.A., MARGOLIS, R.B., DUCKRO, P.N., KRAUSE, S.J.: 1987
“The Pain Disability Index: Psychometric and Validity Data”, **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 68(7), 438-441.
- TAN, G., JENSEN, M.P., THORNBLY, J.I., SHANTI, B.F.: 2004
“Validation of the Brief Pain Inventory for Chronic Nonmalignant Pain”, **The Journal of Pain**, 5(2), 133-137.
- TAN, G., TEO, I., ANDERSON, K.O., JENSEN, M.P.: 2011
“Adaptive versus maladaptive coping and beliefs and their relation to chronic pain adjustment”, **The Clinical Journal of Pain**, 27(9), 769-774.
- TAYLOR, S.S., DAVIS, M.C., YEUNG, E.W., ZAUTRA, A.J., TENNEN, H.A.: 2017
“Relations Between Adaptive and Maladaptive Pain Cognitions And Within-Day Pain Exacerbations in Individuals with Fibromyalgia”, **Journal of Behavioral Medicine**, 40(3), 458-467.
- TEMELOGLU-SEN, E., HOCAOGLU, A., SERTEL-BERK, H.O.
“Group Psychotherapy with Fibromyalgia Patients: A Systematic Review”, **Archives of Rheumatology**, baskıda.
- TENNEN, H., AFFLECK, G., ZAUTRA A.: 2006
“Depression History and Coping with Chronic Pain: A Daily Process Analysis”, **Health Psychology**, 25(3), 370-379.
- TREEDE, R.D., RIEF, W., BARKE, A., AZIZ, Q., BENNETT, M.I..., WANG, S.J.: 2015
“A classification of chronic pain for ICD-11”, **Pain**, 156(6), 1003-1007.

TROUILLET, R., GANA, K.,
LOUREL, M., FORT, I.: 2009

“Predictive Value of Age for Coping: The Role of Self Efficacy, Social Support Satisfaction and Perceived Stress”, **Aging and Mental Health**, 13(3), 357-366.

TUNCER, T., CAY, H.F., KACAR,
C., vd.: 2012

“Diz Osteoartrit Tedavisinde Kanıta Dayalı Öneriler: Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği Uzlaşısı Raporu”, **Turkish Journal of Rheumatology**, 27(1), 1-17.

TUNCER, T. vd.: 2018

“Prevalence of Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis in Turkey: A Nationwide Study”, **Archives of Rheumatology**, 33(2), 128-136.

TUNKS, E.R., CROOK, J., WEIR, R.:
2008

“Epidemiology of Chronic Pain with Psychological Comorbidity: Prevalence, Risk, Course, and Prognosis”, **The Canadian Journal of Psychiatry**, 53(4), 224-234.

TURK, D.C., MEICHENBAUM, D.,
GENEST, M.: 1983

“Pain and Behavioural Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective”, Guilford Press, New York.

TURNER, J.A., ANDERSON, M.L.,
BALDERSON, B.H., COOK, A.J.,
SHERMAN, K.J., CHERKIN, D.C.:
2016

“Mindfulness-Based Stress Reduction and Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain: Similar Effects on Mindfulness, Catastrophizing, Self-Efficacy, and Acceptance in a Randomized Controlled Trial”, **Pain**, 157(11), 2434–2444.

TURNER, J.A., ERSEK, M., KEMP,
C.: 2005

“Self-efficacy for Managing Pain is Associated with Disability, Depression, and Pain Coping Among Retirement Community Residents with Chronic Pain”, **The Journal of Pain**, 6(7), 471-479.

TURNER, J.A., HOLTZMAN, S.,
MANCL, L.:2007

“Mediators, Moderators, and Predictors of Therapeutic Change in Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain”, **Pain**, 127(3), 276-286.

UYSAL, A., ASCIGIL, E., TURUNC,
G.: 2017

“Spousal Autonomy Support, Need Satisfaction, and Well-Being in Individuals with Chronic Pain: A

- Longitudinal Study”, **Journal of Behavioral Medicine**, 40(2), 281-292.
- VAN HECKE, O., TORANCE, N., SMITH, B.H.: 2013
“Chronic Pain Epidemiology and its Clinical Relevance”, **British Journal of Anaesthesia**, 111(1), 13-18.
- VAN HOOGMOED, D., FRANSEN, J., BLEIJENBERG, G., VAN RIEL, P.: 2010
“Physical and psychosocial correlates of severe fatigue in rheumatoid arthritis”, **Rheumatology(Oxford)**, 49(7), 1294-1302.
- VAN TILBURG, M.A., CLAAR, R.L., ROMANO, J.M., LANGER, S.L., WALKER, L.S., WHITEHEAD, W.E., ABDULLAH, B., CHRISTIE, D.L., LEVY, R.L.: 2015
“Role of Coping With Symptoms in Depression and Disability: Comparison Between Inflammatory Bowel Disease and Abdominal Pain”, **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, 61(4), 431-436.
- VITALIANO, P.P., RUSSO, J., CARR, J.R., MAURIO, R.D., BECKER, J.: 1985
“The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties”, **Multivariate Behavioural Research**, 20(1), 3-26.
- VRANCEANU, A., RÎNG, D.: 2014
“Cognitive Coping Predicts Pain Intensity and Disability in Patients with Upper Extremity Musculoskeletal Pain”, **Journal of Musculoskeletal Pain**, 22(4), 373-377.
- YILDIRIM, F., ILHAN, I.O. :2010
“Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 21(4), 301-308.
- YUNUS, M.B.: 2001
“The Role of Gender in Fibromyalgia Syndrome”, **Current Rheumatology Reports**, 3(2), 128-134.
- WALKER, L.S., SMITH, C.A., GARBER, J., CLAAR, R.L.: 2007
“Appraisal and Coping with Daily Stressors by Pediatric Patients with Chronic Abdominal Pain”, **Journal of Pediatric Psychology**, 32(2), 206–216.
- WARE, JE., SHERBOURNE, C.D.: 1992
“The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection”, **Medical Care**, 30(6), 473-483.

- WADE, J.B., HART, R.P., WADE, J.H., BAJAJ, J.S., PRICE, D.D.: 2013
 “The Relationship between Marital Status and Psychological Resilience in Chronic Pain”, **Pain Research and Treatment**, 2013.
- WIJNHOFEN, H.A., DE VET, H.C., PICAVET, H.S.: 2006
 “Prevalence of Musculoskeletal Disorders is Systematically Higher in Women Than in Men”, **The Clinical Journal of Pain**, 22(8), 717-724.
- WILSON, M.W., CHAIR, J.S.R., ELLIOTT, T.R., JACKSON, W.T., THURSTIN, A.H., VUCHINICH, R.: 2008
 “Perceived Stress, Pain Coping Strategies, Pain Interference, and Social Support: Mediators and Moderators of Depression in a Spinal Cord Injury Sample with Chronic Pain” Dissertation. University of Alabama, Birmingham, USA.
- WISE, E.A., PRICE, D.D., MYERS, C.D., HEFT, M.W., ROBINSON, M.E.: 2002
 “Gender Role Expectations of Pain: Relationship to Experimental Pain Perception”, **Pain**, 96(3), 335-342.
- WOLFE, F., CLAUW, D.J., FITZCHARLES, M.A., GOLDENBERG, D.L., HAUSER, W., KATZ, R.L., MEASE, P.J., RUSSELL, A.S., RUSSELL, I.J., WALITT, B.: 2016
 “Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria”, **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 2016; 46(3), 319-329.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.: 2001
 International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization.
- ZENG, F., SUN, X., YANG, B., FU, X.: 2016
 “Life Events, Anxiety, Social Support, Personality, and Alexithymia in Female Patients with Chronic Pain: A Path Analysis”, **Asia-Pacific Psychiatry**, 8(1), 44-50.
- ZIGMOND, A.S., SNAITH, R.P.: 1983
 “The Hospital Anxiety and Depression Scale”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 67(6), 361-370.

EKLER

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araş. Gör Ayla Hocaoglu tarafından İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Doktora programı doktora tezi kapsamında Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in tez danışmanlığında yürütülen "Ağrı Yönetiminde Ağrıyla Başetme Stratejileri İle Ağrıya Bağlı Sonuç Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Özetkinlik İnançlarının Rolü" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kronik ağrı yönetiminde kullanılan başetme yöntemleri ve ile ağrıya bağlı sonuç değişkenler (ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik) arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 149 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Çalışmada incelenmesi hedeflenen, ağrıyla başetme yöntemleri ile ağrıya ilgili sonuç değişkenler olan ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik arasındaki ilişkilerin boylamsal olarak incelenmesi hedeflenmektedir. Bu sebeple size yaklaşık olarak 3 ay sonra yeniden ulaşılması amacıyla iletişim bilgileriniz alınmaktadır. 3 ay sonrasında araştırmaya katılmak da tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ayla_hocaoglu@hotmail.com e-posta adresi ve 05331372683 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;

..... kabul ediyorum ☐

.....kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)☐

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE AĞRI BİLGİ FORMU

1. Doğum Tarihi/Yeri:

2. Yaş:

3. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

4. Meslek:

a. Çalışıyorsanız; günde ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

5. Eğitim: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite

5. Lisansüstü

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

7. Medeni Durum: 1. Evli (.....yıldır) 2. Bekar 3. Boşanmış (....yıldır) 4.

Ayrı yaşıyor (..... yıldır)

8. Ağrı türü:

9. Ağrı hissettiğiniz bölge/bölgeler nelerdir?

11. Ne kadar süredir ağrı yaşıyorsunuz?

12. Size göre ağrınızı artıran durumlar nelerdir?

.....

.....

13. Size göre ağrınızı azaltan durumlar nelerdir?

.....

.....

14. Ağrınız için kullandığınız ilaç tedaviniz var mı? a. Var (15. soruya geçiniz)^[SEP]b.

Yok (18. soruya geçiniz)

15. Hangi ilaç/ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

a. Kullanıyorsanız ne sıklıkta ağrı kesici

alıyorsunuz?.....

16. Kullandığınız ağrı kesici ilaçlara bağlı yan etkiler yaşıyor musunuz? a. evet b.

hayır

a. Evet (Neler olduğunu ve ne sıklıkla yaşadığınızı yazınız)

.....

.....

.....

17. Ağrı kesici ilaçlarla ağrınız azalıyor mu? ^[SEP]a. Evet ^[SEP]b. Hayır ^[SEP]

18. İlaç tedavisi dışında ağrınızı azaltmak için yaptığınız herhangi bir uygulama var mı?

a.

Evetse.....

-
-
-
19. Şimdiye kadar hangi medikal tedavileri gördünüz?
20. Ailenizde kronik hastalığı olan kişi/kişiler var mı? a. Var b. Yok
Var ise kaç yıldır/tanı/tedavi
öyküsü:.....
-
21. Ailenizde psikolojik sorun yaşayan kişi/kişiler var mı? a. Var b. Yok
Var ise kaç yıldır/tanı/tedavi
öyküsü:.....
-
22. Ailenizde ağrı öyküsü olan kişi/kişiler var mı? a. Var b. Yok
Var ise kaç yıldır/tanı/tedavi
öyküsü:.....
-
23. Size göre sağlık durumunuz nasıldır?^[1]_{SEP} a. İyi b. Orta c. Kötü
24. Sosyal güvenceniz: a. Var b. Yok
25. Son dönemlerde sizi etkileyen stresli bir olay yaşadınız mı ya da hayatınızda önemli bir değişiklik oldu mu?
26. Geçen ay düşündüğünüzde ne sıklıkta ağrı yaşadınız?
1. Ayda bir 2. 15 günde bir 3. Haftada bir 4. Haftada üç dört gün 5. Hemen her gün
27. Geçen ay yaşadığınız ağrılar sizi ne kadar rahatsız etti?
1. Hiç 2. Biraz 3. Orta derece 4. Epey rahatsız etti 5. Dayanılmaz

EK 3

ABE

Açıklamalar: Ağrı çeken insanlar, bu ağrıyı yönetmek için çeşitli yollar geliştirirler. Sonraki sayfalarda ağrı durumunda ne yaptığınız ya da ne düşündüğünüzle ilgili çeşitli ifadeler vardır. Sizden, ne kadar sıklıkta aşağıdaki gibi davrandığınızı ya da düşündüğünüzü işaretlemenizi istiyoruz. Söz edilen yöntemleri nerdeyse hiç kullanmıyorsanız (1), bazen kullanıyorsanız (2), sık sık kullanıyorsanız (3), çok sık kullanıyorsanız (4) rakamını işaretleyiniz

Ağrım olduğunda	Neredeyse hiç	Bazen	Sık sık	Çok sık
1. Faaliyetlerimi bırakırım.	1	2	3	4
2. Kendimi daha basit faaliyetlerle sınırlandırırım.	1	2	3	4

3. Fiziksel olarak kendimi zorlamamaya dikkat ederim.	1	2	3	4
4. Oturarak ya da uzanarak dinlenirim.	1	2	3	4
5. Rahat bir beden duruşuna geçerim.	1	2	3	4
6. Dinlendirici bir ortama çekilirim.	1	2	3	4
7. Ağrı yokmuş gibi davranırım.	1	2	3	4
8. Ağrı bedenimle ilgili değilmiş gibi davranırım.	1	2	3	4
9. Her zaman ağrıya odaklanırım.	1	2	3	4
10. Ağrının daha az şiddette olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
11. Güzel şeyleri ve olayları düşünürüm.	1	2	3	4
12. Fiziksel bir faaliyetle meşgul olarak dikkatimi dağıtırım (örneğin; yürüyüş yaparak, bisiklete binerek ya da yüzerek).	1	2	3	4
13. Kitap okuyarak, müzik dinleyerek, televizyon izleyerek ya da bunun gibi bir şey yaparak zihnimi dağıtırım.	1	2	3	4
14. Hoş bulduğum bir şey yaparım.	1	2	3	4
15. Endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4
16. Ağrının daha da kötüleşeceğini düşünürüm.	1	2	3	4
17. Ağrımın olmadığı zamanları düşünürüm.	1	2	3	4
18. Ağrıdan çıldıracağımı düşünürüm.	1	2	3	4
19. Başka insanların yaşadıkları zorlukları düşünürüm.	1	2	3	4
20. Başka insanların böyle bir ağrı yaşamamanın ne olduğunu anlamadıklarını düşünürüm.	1	2	3	4
21. Kendimi geri çekerim.	1	2	3	4
22. Dışarıdayken olabildiğince çabuk eve dönmeye çalışırım.	1	2	3	4

23. Ağrıyı azaltmak ya da dayanılır kılmak için kendi yöntemlerim var Evet
Hayır

Evetse bu yöntemler:

EK 4 GÖÖ

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 17 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Planlar yaparken onları hayata geçirebileceğimden eminim.					
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.					
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarıya kadar uğraşırım.					
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada pek başarılı olamam.					
5. Her şeyi yarım bırakırım.					
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.					
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.					
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.					
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.					
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.					
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.					
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.					
13. Başarısızlık benim azmimi artırır.					
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.					
15. Kendine güvenen biriyim.					
16. Kolayca pes ederim.					
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edeceğimi sanmıyorum.					

EK 5 AÖÖ-2

Ağrıma rağmen yapmam gereken işleri sürdürdürebileceğime inanıyorum. 1 2 3 4 5

Ağrıma rağmen günlük hayatımı sürdürebileceğime inanıyorum. 1 2 3 4 5

EK 6 GAS

Son bir haftadır yaşadığınız ağrıyı düşünerek ağrınızın şiddetini değerlendirin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Hiç ağrı yok
en şiddetli ağrı**

Yaşadığım

EK 7
WHYÇBAE

Başlamadan önce lütfen, aşağıdaki 2 ön değerlendirme sorusunu yanıtlayınız: Anketteki bazı sorular sizin özellikle yakınınız olarak belirttiğiniz kişileri kastetmektedir. “Yakınlarınızla” ifade edilmek istenen şey “kendinize yakın hissettiğiniz kişiler” dir. Bu kişiler sizin düzenli veya daha seyrek olarak iletişim içerisinde bulunduğunuz kişileri kapsamaktadır. Kimleri yakınınız olarak varsayacağınız oldukça önemlidir. Lütfen aşağıda kimin sizin yakınınız olduğunu belirtiniz: (birisini belirle):

- a.** Eş **b.** Erkek / Kız arkadaş **c.** Ev arkadaşı / oda arkadaşı
d. Arkadaş **e.** Komşu **f.** Ebeveyn / çocuk / diğer akrabalar

g. Diğer (lütfen açıklayınız):

2. Şu anda bu kişiyle birlikte mi yaşıyorsunuz? **a.** EVET **b.** HAYIR
Yakınınızla ilgili sorulan soruları yanıtlayacağınız zaman lütfen yukarıda belirttiğiniz şahsı göz önüne alarak yanıtlayınız.

A. Aşağıdaki 20 soruda, ağrılarınız ve bu ağrıların hayatınızı nasıl etkilediğini tanımlamanız istenmektedir. Her sorunun altında cevabı kaydetmeniz için bir derecelendirme mevcuttur. Her soruyu dikkatlice okuyunuz ve soruya uygun numarayı yuvarlak içine alınız.

1. Şu andaki ağrınızı ölçekte belirtiniz
0 1 2 3 4 5 6
Ağrı yok Çok şiddetli
2. Genelde, ağrı günlük işlerinizi ne kadar etkilemektedir?
0 1 2 3 4 5 6
Hiç etkilemiyor Aşırı derecede etkiliyor
3. Ağrınız başladığından beri, sizin çalışma performansınızı ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
Hiç değiştirmede Aşırı derecede değiştirdi
4. Emekliye ayrıldıysanız burayı işaretleyiniz.
Ağrınız katıldığınız sosyal aktivite ve eğlencelerden aldığınız keyfi ve mutluluğu ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
Hiç değiştirmede Aşırı derecede değiştirdi
5. Yakınınız olarak belirlediğiniz kişi size ağrılarınızla baş etmede ne kadar destekleyici oldu?
0 1 2 3 4 5 6
Hiç destekleyici değil Aşırı derecede destekleyici
6. Geçen haftadan bu yana genel olarak ruh halinizi derecelendiriniz
0 1 2 3 4 5 6
Aşırı bozuk ruh hali Aşırı derecede iyi ruh hali
7. Geçen haftadan beri ağrılarınız ne kadar şiddetli?
0 1 2 3 4 5 6
Hiç şiddetli değil Aşırı derecede şiddetli
8. Ağrılarınız sizin sosyal hayattaki aktifliğinizi ve yaratıcılığınızı ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6

9. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Ağrılarınız aile içi ilişkilerinizden aldığınız keyfi ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
10. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Ağrınızla ilişkili olarak eşiniz veya diğer yakınlarınız ne kadar endişelidirler?
0 1 2 3 4 5 6
11. Hiç endişeli değiller Aşırı derecede endişeliler
Geçen hafta suresince, ağrının hayatınız üzerindeki kontrolünün ne kadar olduğunuzu hissettiniz?
0 1 2 3 4 5 6
12. Tamamen kontrolsüz Oldukça kontrollü
Ağrınızdan dolayı ne kadar acı çekiyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6
13. Acı yok Aşırı acı var
Ağrınız evliliğinizi veya diğer aile ilişkilerinizi ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
14. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Ağrınız, iş hayatınızdan aldığınız memnuniyeti ve keyfi ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
15. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Eğer şu anda alışmıyorsanız burayı işaretleyiniz.
Eşiniz (veya diğer yakınlarınız) ağrılarınız hakkında ne kadar ilgililer?
0 1 2 3 4 5 6
16. Hiç ilgili değiller Aşırı derecede ilgililer
Geçen hafta suresince, ağrılarınızla başa ıkabildiğinizi ne oranda hissettiniz?
0 1 2 3 4 5 6
17. Hiç hissetmedim Aşırı hissettim
Ağrınız, günlük ev işlerinizi yapabilme gücünüzü ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
18. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Geçen hafta suresince, kendinizi ne kadar sinirli hissettiniz?
0 1 2 3 4 5 6
19. Hiç sinirli değildim Aşırı derecede sinirliydim
Ağrılarınız aile dışındaki arkadaşlarınızla ilişkilerinizi ne kadar değiştirdi?
0 1 2 3 4 5 6
20. Hiç değiştirmedi Aşırı derecede değiştirdi
Geçen hafta suresince, ne kadar gergin ya da endişeliydiniz?
0 1 2 3 4 5 6
- Hiç gergin ve endişeli değildim Aşırı gergin ve endişeliydim

B. Bu bölümde, yakınlarınızın siz ağrılıyken nasıl bir tepki verdiği üzerinde duracağız (yukarıda belirttiğiniz yakınlarınız kastedilmektedir). Aşağıda belirtilmiş olan derecelendirilmiş ölçekte, yakınlarınızın siz ağrılıyken verdiği tepkiyi belirtmek için rakamlardan birini yuvarlak içine alınız.

1. Beni görmezden gelir
0 1 2 3 4 5 6
Asla çok sık
2. Bana nasıl yardımcı olabileceğini sorar

	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
3. Bana kitap okur	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
4. Huzursuzluğunu bana belli eder	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
5. Görev ve sorumluluklarımı üstlenir	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
6. Ağrımı unutabilmem için benimle başka konular hakkında konuşur	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
7. Sınırlandığını bana belli eder	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
8. Dinlenebilmem için çabalar	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
9. Aktivitelere katılmam için çabalar	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
10. Öfkelendiğini bana belli eder	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
11. Bana bazı ağrı kesici ilaçlar getirir	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
12. Bir hobi ile uğraşmam konusunda beni cesaretlendirir	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
13. Bana yiyecek ve içecek bir şeyler getirir	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
14. Ağrılarımı unutabilmem için televizyonu açar	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık

C. Aşağıda günlük yapılan 18 aktivite listelenmiştir. Lütfen her bir aktiviteyi ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için ölçekteki rakamlardan birini yuvarlak içine alınız. Lütfen 18 soruyu da yanıtlayınız.

1. Bulaşık yıkama	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık
2. Çimenleri biçme	0	1	2	3	4	5	6
Asla							Çok sık

3. Dışarı yemeğe çıkma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
4. Kart ya da diğer oyunları oynama
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
5. Alışverişe çıkma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
6. Bahçede çalışma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
7. Sinemaya gitme
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
8. Arkadaşları ziyaret etme
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
9. Ev temizliğine yardım etme
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
10. Araba üzerinde çalışma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
11. Araba ile gezintiye çıkma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
12. Akrabaları ziyaret etme
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
13. Yemek hazırlama
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
14. Arabayı yıkama
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
15. Yolculuğa çıkma
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık
16. Parka ya da sahile gitme
0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık

17. Çamaşır yıkama

0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık

18. Evde gerekli bir tadilat ile uğraşma

0 1 2 3 4 5 6
Asla Çok sık

EK 8

YDA

YÖNERGE: Aşağıdaki listede kişilerin hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren bazı olaylar bulunmaktadır. Yakın bir geçmişte yani son bir yıl içerisinde başınızdan geçen olayları ve her olayın başınızdan geçiş tarihini (0-6 ay ya da 7-12 ay şeklinde) işaretleyiniz. Koyduğunuz her işaretin ilgili olduğu maddenin karşısına gelmesine dikkat ediniz.

Aşağıda işaretleyeceğiniz her madde için, olayın meydana geldiği sırada, hayatınıza olumlu veya olumsuz nasıl bir etki yaptığını düşünüyorsanız lütfen ilgili rakamı daire içine alarak belirleyin. (-3) değerinde bir dereceleme, olayın çok olumsuz bir etkisi olduğunu; (0) değerinde bir dereceleme, olayın olumlu veya olumsuz hiçbir etkisi olmadığını; (+3) değerinde bir dereceleme ise olayın çok olumlu bir etkisi olduğu anlamına gelmektedir. Olayın hem olumlu hem de olumsuz etkisi olduğuna inanıyorsanız en önemli olanını işaretleyiniz.

1. Evlilik	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Aileden çok yakın birinin evlenmesi (kardeşlerden birinin veya anne veya babanın evlenmesi)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Hapishanede tutuklu kalma	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Yakın bir aile üyesinin hapishanede tutuklu kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Eşin ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Uyku alışkanlığında önemli değişimler (daha fazla veya daha az uyuma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Yakın bir aile üyesinin (anne, baba, erkek kardeş, kız kardeş, büyükanne, büyükbaba vs) ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Yemek alışkanlıklarında önemli değişimler (daha fazla veya daha az yemek yeme)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. İpoteğin kaldırılması	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Yakın bir arkadaşın ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Yüksek kişisel başarı	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Küçük çapta yasa ihlali	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Erkek için: Karısının hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Erkek için: Flörtünün ya da nişanlısının hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Kadın için: Kendisinin hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Kadın için: Kocasının diğer bir kadını hamile bıraktığını öğrenmesi	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. İş durumunda değişiklik (farklı iş sorumluluğu, iş şartlarında, iş saatlerinde vs. değişiklikler)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Yeni bir işe girme	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Yakın aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığa yakalanması, kaza geçirmesi ya da sakatlanması	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Cinsel sorunlar (eş ile anlaşamama)	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. İşverenle anlaşmazlık (işini kaybetme tehlikesi, çalışma koşullarında olanakların kısıtlanması, terfi edememe)	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Kayınvalide, kayınpeder, kayınbirader veya görümce ile anlaşmazlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Maddi olanaklarda önemli değişimler (daha iyi maddi olanaklara sahip olmak veya maddi durumun bozulması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Anne-baba ve çocukların oluşturduğu "çekirdek" aile üyelerinin yakın ilişkilerinde önemli değişimler (yakınlığın azalması veya çoğalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3

25. Yakın akrabalarla (büyükanne, büyükbaba, amca, teyze, kuzenlerle ilişkilerde önemli değişimler (yakınlığın azalması veya çoğalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Aileye yeni bir üyenin katılması (doğum, evlat edinme, akrabalarından biri vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. İkametgâh değişikliği	-3	-2	-1	0	1	2	3
28. Anlaşmazlık nedeniyle eşlerin birbirinden ayrı yaşaması	-3	-2	-1	0	1	2	3
29. Hacca gitme, zekat verme, Kuran okuma gibi dini faaliyetlerde önemli değişimler (bu faaliyetlerin artması veya azalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
30. Eşlerin tekrar birleşmesi	-3	-2	-1	0	1	2	3
31. Karı koca tartışmalarının sayısında önemli değişimler (daha çok veya daha az tartışma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
32. Evli erkek için: Evin dışında karısının işindeki değişiklik (çalışmaya başlama, işini bırakması, işini değiştirmesi)	-3	-2	-1	0	1	2	3
33. Evli kadın için: Kocasının işindeki değişiklik (işini kaybetmesi, yeni bir işe başlaması, emeklilik vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
34. 100.000 liradan fazla borç alma veya yatırım yapma (ev almak, iş kurmak vb. için)	-3	-2	-1	0	1	2	3
35. 100.000 liradan daha az borç alma veya yatırım yapma (öğrenime devam etmek, TV almak, vb. için)	-3	-2	-1	0	1	2	3
36. İşten çıkarılma	-3	-2	-1	0	1	2	3
37. Kadın için: Çocuk aldırma	-3	-2	-1	0	1	2	3
38. Erkek için: Karısının çocuk aldırması	-3	-2	-1	0	1	2	3
39. Flörtü veya nişanlısının çocuk aldırması	-3	-2	-1	0	1	2	3
40. Sosyal ve eğlence faaliyetlerinin türünde ve miktarında önemli değişimler (ziyaretler, sinema, tiyatro vb.'de azalma veya artma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
41. Ailenin yaşama şartlarında önemli değişimler (yeni ev yaptırmak, evin onarımı, yeniden döşenmesi vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
42. Boşanma	-3	-2	-1	0	1	2	3
43. Kişinin geçirdiği önemli bir hastalık, yaralanma veya kaza	-3	-2	-1	0	1	2	3
44. Yakın bir arkadaşın ağır bir hastalık geçirmesi, yaralanması veya sakatlanması	-3	-2	-1	0	1	2	3
45. Eğitim için evden ayrılma	-3	-2	-1	0	1	2	3
46. Geçici bir süre için eşten ayrı kalma (iş, gezi, vb. neden ile)	-3	-2	-1	0	1	2	3
47. Nişanlanma	-3	-2	-1	0	1	2	3
48. Nişanlı veya flörtle anlaşmazlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
49. Nişanlı veya flörtle barışma, tekrar bir araya gelme	-3	-2	-1	0	1	2	3
50. Çalışma veya öğrenim nedeniyle çocuğa baktıracak birini veya bir kurum (kreş vb.) bulamama	-3	-2	-1	0	1	2	3
51. Aşık olma	-3	-2	-1	0	1	2	3
52. Beklenmedik paraya sahip olma (miras, piyango vb. gibi)	-3	-2	-1	0	1	2	3
53. Anarşik olaylara karışma	-3	-2	-1	0	1	2	3
54. Yangın, hırsızlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
55. Aileden çok yakın birinin akıl hastanesine yatması	-3	-2	-1	0	1	2	3
56. Yakın akrabalar ya da kardeşler arasında miras paylaşmalarından doğan dargınlıklar, tartışmalar	-3	-2	-1	0	1	2	3
57. Çocuğunun ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Ayla Hoccoğlu Uzunkaya

Doğum tarihi: 08.03.1989

Doğum Yeri: Kırcaali/BULGARİSTAN

Ünvanı: Araştırma Görevlisi/ Klinik Psikolog

Eğitim bilgileri

2007- 2011 Ankara Üniversitesi- Psikoloji Bölümü

2011-2014 Ankara Üniversitesi- Uygulamalı Psikoloji

2014-2019 İstanbul Üniversitesi- Psikoloji Doktora

İş Tecrübesi

2019- : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Araştırma Görevlisi

2015-2019: İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Araştırma Görevlisi

2014-2015: Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Araştırma Görevlisi

2011-2014 Başak Öztürk Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Psikolog

Yabancı Diller

İngilizce

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Temeloğlu Şen E., Hoccoğlu A., Sertel Berk H.Ö., “Group Psychotherapy with Fibromyalgia Patients: A Systematic Review”. Archives of Rheumatology, 2019 (baskıda)

Ulusal Dergilerdeki Yayınlar

1.Hoccoğlu, A., Sertel-Berk, H.Ö., Ketenci, A. (2019). Ağrıyla Başetme Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ağrı Dergisi, 31(1), 32-41.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1.Hocaoğlu, A., Sertel-Berk, H.Ö., Ketenci, A. Ağrıyla Başetme Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Uluslararası Katılımlı Türk Romatoloji Kongresi, Bafra, KKTC, 28 Mart-1 Nisan 2018, sözel sunum

2.Temeloğlu Şen E., Hocaoğlu A., Ketenci, A., Sindel, D., Sertel Berk H.Ö. Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Kısa Süreli Grup Psikoterapisi Uygulaması: Pilot Çalışma. Uluslararası Katılımlı Türk Romatoloji Kongresi, Bafra, KKTC, 28 Mart-1 Nisan 2018, vol.5, no.1, pp.205, sözel sunum

3.Hocaoğlu, A., Sertel Berk H.Ö. A Review of Interventions Including Sun Protection Behaviors and Exposure to UV, The 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, HOLLANDA, 11-14 Temmuz 2017, sözel sunum

4.Hocaoğlu A., Temeloğlu Şen E., Sertel Berk H.Ö. Group Therapy with Fibromyalgia Patients: A Systemetic Rewiew, The 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, HOLLANDA, 11-14 Temmuz 2017, poster sunumu