

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK AĞRI YAŞANTISI VE TRANSTEORİK MODEL: AĞRI
DEĞİŞİM EVRELERİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Bülent TOPCU

2501160929

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. H. Özlem SERTEL BERK**

İSTANBUL – 2021

ÖZ

Kronik Ağrı Yaşantısı ve Transteorik Model: Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Bülent TOPCU

Bu tez çalışmasında orijinali Kerns ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik sınaması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın verileri toplanırken katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgiler Soru Formu, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Orijinal Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrıyla Baş Etme Envanteri, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Ağrı Değerlendirme Formu, Hasta Sağlık Anketi ve SF-36 Sağlık Taraması ölçeği verilmiştir. Bu çalışma çeşitli kronik ağrı tanısı almış 139’u kadın 47’si erkek toplam 186 kişiden toplanan verilerin istatistiksel analizleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda ölçeğin orijinal dört faktörlü yapısının aksine “Tasarlama” ve “Eylem Sonrası” faktörlerinden oluşan iki faktörlü bir yapı meydana gelmiştir. Orijinal çalışmanın 30 maddelik yapısının aksine bizim çalışmamızda yapılan madde ve faktör analizleri sonucunda 17 maddelik bir model meydana gelmiş ve bu model, doğrulayıcı faktör analiziyle sınanarak sahip olduğumuz veriler doğrultusunda çalışmanın orijinal modelinden daha iyi uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Yapılan güvenirlik çalışmasında Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörlerinin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; “Tasarlama” faktörü için .67, “Eylem Sonrası” faktörü için .80 olarak bulunmuştur. Yapılan yapı geçerlik çalışmasında ise “Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği” ile bataryaya dâhil edilen Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrıyla Baş Etme Envanteri, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi ve SF-36 Sağlık Taraması arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir. Bu analizler sonrasında Tasarlama faktörü beklentiler doğrultusunda, SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutu olan bedensel ağrı ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutu olan sosyal destek arama ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Eylem Sonrası faktörü ise Ağrıyla Baş Etme

Envanterinin alt boyutu olan aktif baş etmeyle, Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan organik inançlarla, SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutu olan enerji/canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyonla ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutu olan kendine güvenli yaklaşım ile pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler göstermiştir. Bunun yanı sıra yine Eylem Sonrası faktörü Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutu olan pasif baş etmeyle, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutları olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımla, Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları olan genel sağlık, genel anksiyete, panik bozukluk ve depresyon ile negatif yönde ve anlamlı ilişkiler göstermiştir.

Sonuç olarak bu çalışma, Transteorik Model'in kronik ağrı örnekleminde baş etme yöntemleri, depresyon, anksiyete ve duygu durum yordayıcılarının bir arada değerlendirildiği bilinen ilk çalışmadır. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin, kronik ağrı hastalarının tedavileriyle ilgili geliştirilecek formülasyonlarda kişinin içinde bulunduğu evre ile sahip olduğu duygu durumun bir arada değerlendirilerek kişiye özgü etkin tedavi modaliteleri geliştirilmesine olanak sağlayabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: kronik ağrı, Transteorik Model, davranış değişimi, motivasyonel yaklaşım, ağrı değişim evreleri ölçeği

ABSTRACT

Chronic Pain Experience and Transtheoretical Model: Turkish Validity and Reliability Study of the Pain Stages of Change Questionnaire

Bülent TOPCU

The Turkish validity and reliability of The Pain Stages of Change Questionnaire, originally developed by Kerns et al (1997), was adopted to Turkish in this dissertation. As part of the data collection, The Informed Consent Form, The Demographic Features Questionnaire, The Original Form of the Pain Stages of Change Questionnaire, The Pain Beliefs Questionnaire, The Pain Coping Inventory, The Coping Style Scale, The Pain Assessment Form, The Patient Health Questionnaire, and The Short Form-36 Health Survey was applied to the participants. This statistical analysis was done from 186 individuals that was 139 women and 47 men, who were diagnosed with different types of chronic pain.

An exploratory and confirmatory factor analyses conducted in the study, unlike the original four-factor structure of the scale; a two-factor structure consisting of “Contemplation” and “Post-Action” factors was found. In our investigation, a 17-item model was formed as a consequence of item and factor analyses, and this model was tested with confirmatory factor analysis. It was shown that it had better goodness of fit values than the original study's 30-item structure. The Cronbach Alpha reliability coefficients of the sub-factors of the Pain Stages of Change Questionnaire were found as .67 for the “Contemplation” factor, and .80 for the “Post-Action” factor. In the construct validity study, the correlation coefficients between the "Pain Stages of Change Questionnaire" and the Pain Beliefs Questionnaire were incorporated into the battery, as well as the Pain Coping Inventory, the Coping Style Scale, the Patient Health Questionnaire, and the Short Form 36 Health Survey has been examined. Following these analyses, the Contemplation factor analysis indicated a substantial negative correlation with the SF-36 Health Survey sub-dimension of bodily pain and the sub-dimension of the Coping Style Scale, seeking social support, as expected. Active coping, a sub-dimension of the Pain Coping Inventory, organic beliefs, a sub-

dimension of the Pain Beliefs Questionnaire, vitality, mental health, social functioning, a sub-dimension of the SF-36 Health Survey, and self-confidence, a sub-dimension of the Coping Style Scale, make up the Post-Action factor demonstrated that the method had a positive and significant correlations. In addition, the Post-Action factor was negatively correlated with passive coping, which is the sub-dimension of the Pain Coping Inventory, with the helpless approach and submissive approach, which are the sub-dimensions of the Coping Style Scale, with general health, general anxiety, panic disorder and depression, which are the sub-dimensions of the Patient Health Questionnaire showed significant relationships.

This is the first known research to test the Transtheoretical Model's coping mechanisms, depression, anxiety, and mood predictors in a chronic pain sample. In conclusion, this study demonstrates that the Pain Stages of Change Questionnaire is a valid and reliable assessment method that can help establish appropriate treatment modalities which are tailored to the person by assessing the individuals' current stage of change and emotional state.

Keywords: chronic pain, transtheoretical model, behavioral change, motivational interview, pain stages of change questionnaire

ÖN SÖZ

Benim için çok öğretici ve kıymetli olan bu tez çalışmamın uzun yolculuğunun her adımında sabrı, yol göstericiliği, anlayışı, güler yüzü, şefkati ve engin bilgi birikimiyle yanımda olan, tüm yüksek lisans eğitimim süresince kendisinden çok şey öğrendiğim, üzerimdeki emeğine layık olmaya çalışacağım hocam, tez danışmanım saygıdeğer Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk'e;

Çalışmamızın örneklemini oluşturan katılımcılara ulaşmam aşamasında desteklerini esirgemeyen; İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Anabilim Dalı Çene Polikliniği ve Genel Polikliniğinden veri toplarken danışman hocam olan anlayışlı, iyimser ve yapıcı tavrıyla sürecimi kolaylaştıran saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Karan'a;

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı Ağrı Kliniğinden Prof. Dr. Gül Köknel Talu ve tüm poliklinik çalışanlarına;

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Pelvik Ağrı Polikliniğinden Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan'a;

Eğitim hayatımın başlangıcından bugüne kadar bana olan destek ve inançlarından dolayı saygıdeğer ilkokul öğretmenlerim Nilgün Fidan ve Şahin Keçeci'ye;

Yaşanılan süreçte paylaşımları, yaklaşımları ve desteklerinden dolayı sevgili arkadaşlarım Enes Taha Ülgen, Yusuf Denizhan, Yunus Denizhan, Volkan Kaplan ve Tuğçe Gültekin'e;

Hayatımın her döneminde gerek maddi gerek ise manevi olarak yanımda olup, aldığım her kararda beni destekleyen, emeklerinin karşılığını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, varlıklarından dolayı kendimi şanslı hissettiren annem ve babama;

Varlıklarından mutluluk duyduğum sevgili ağabeyim, eşi ve hayatımıza yeni katılan biricik yeğenim Uras'a;

Çalışmaya katılarak hem bana önemli deneyimler kazandıran hem de bu çalışmaya katkılar sunan kıymetli tüm katılımcılara en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Bülent TOPCU

İSTANBUL, 2021



İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Kronik Ağrının Tanımı, Epidemiyolojisi ve Kronik Ağrıya Yönelik Yaklaşımlar	3
1.1.1. Kronik Ağrının Tanımı.....	3
1.1.2. Kronik Ağrının Epidemiyolojisi	5
1.1.3. Kronik Ağrıya Yönelik Yaklaşımlar	6
1.2. Kronik Ağrının Değerlendirilmesi.....	9
1.3. Kronik Ağrı Tedavisinde Psikolojik Yaklaşımlar	15
1.3.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	15
1.3.2. Motivasyonel Yaklaşımlar: Transteorik Model	19
1.3.2.1. Değişimin Evreleri	19
1.3.2.2. Değişimin Süreçleri	23

1.3.2.3.	Değişimin İşaretleri: Karar Dengesi (Yarar-Zarar Dengesi)	26
1.3.2.4.	Öz Etkinlik ve Çeldiriciler.....	28
1.4.	Ağrı Değişim Evreleri Modeli	29
1.5.	Amaç ve Hipotezler	34
1.5.1.	Genel Hipotez	35
1.5.2.	İşlemsel Hipotezler.....	35
1.5.2.1.	Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Geçerlik Çalışması	35
1.5.2.2.	Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Güvenirlik Çalışması.....	38

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1.	Katılımcılar	39
2.2.	Materyaller	41
2.2.1.	Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği Orijinal Formu (ADEÖ).....	41
2.2.2.	Ağrı İnançları Ölçeği.....	42
2.2.3.	Ağrıyla Baş Etme Envanteri	42
2.2.4.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	43
2.2.5.	Ağrı Değerlendirme Formu	43
2.2.6.	Hasta Sağlık Anketi.....	44
2.2.7.	SF-36 Sağlık Taraması (SF-36)	44
2.2.8.	Demografik Bilgiler Soru Formu	45
2.2.9.	Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	45

2.3. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe Formunun Uyarlanması ve İşlemler	45
2.4. Veri Analizi.....	47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Madde Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi	49
3.1.1. Alternatif Model 1: Avustralya Modeli	52
3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA).....	55
3.3. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	57
3.4. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişkiler.....	58

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Geçerlik Çalışması.....	65
4.1.1. Yapı Geçerliği ve İç Tutarlılığı.....	65
4.2. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkileri.....	75
4.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	83
SONUÇ.....	85
KAYNAKÇA.....	87
EKLER.....	103

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Transteorik Modele Göre Değişimin Evreleri (DiClemente ve Prochaska, 1982)	21
Tablo 1.2. Karar Dengesi Ağırtırması.....	28
Tablo 2.1. Katılımcıların Ağrı Türü, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Medeni Durumu ve Yaş Dağılımı.....	39
Tablo 3.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği ile ilgili Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri, Faktör Yükleri, Cronbach Alfa Katsayıları.....	53
Tablo 3.2. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Gerçekleştirilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucundan Elde Edilen Uyum İyiliği Değerleri	56
Tablo 3.3. Pain Stages of Change Questionnaire Orijinal Faktör Yapısının Yapısal Eşitlik Modeli ile Gerçekleştirilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucundan Elde Edilen Uyum İyiliği Değerleri.....	56
Tablo 3.4. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alt Faktörleri Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	57
Tablo 3.5. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Ağrıyla Baş Etme Envanteri Alt Testleri ile olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	58
Tablo 3.6. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Faktörleri ile Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	59
Tablo 3.7. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Faktörleri ile Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	61
Tablo 3.8. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Hasta Sağlık Anketi Alt Testleri olan PHQ, GAD, P5 ve PHQ9 ile arasındaki Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	62
Tablo 3.9. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin SF-36 Sağlık Taraması Alt Testleri Olan FF, RP, VT, MS, SF, BP ve GH ile Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri	63

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABE** : Ağrıyla Baş Etme Envanteri
- ADEÖ** : Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği
- AFA** : Açımlayıcı Faktör Analizi
- AIÖ** : Ağrı İnançları Ölçeği
- BEY** : Boyun Eğici Yaklaşım
- BP** : Bedensel Ağrı
- ÇY** : Çaresiz Yaklaşım
- DFA** : Doğrulayıcı Faktör Analizi
- GAD** : Genel Anksiyete
- GH** : Genel Sağlık Algısı
- İY** : İyimser Yaklaşım
- KGY** : Kendine Güvenli Yaklaşım
- MS** : Mental Sağlık
- P5** : Panik Bozukluk
- PF** : Fiziksel Fonksiyon
- PHQ** : Genel Sağlık
- PHQ9** : Depresyon
- PSOCQ**: Pain Stages of Change Questionnaire
- RE** : Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları
- RP** : Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları

SBÇTÖ : Stresle Başaıkma Tarzları Ölçeği

SDA : Sosyal Destek Arama

SF : Sosyal Fonksiyon

SF-36 : Short Form-36

TTM : Transteorik Model

VT : Enerji/Canlılık



GİRİŞ

Ağrı, kişiyi biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak rahatsız eden yaygın bir durumdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain-IASP) ağrıyı, “mevcut veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya buna benzer hoş olmayan bir duyusal ve duygusal deneyim” şeklinde tanımlamaktadır (IASP, 2020). Bu tanımın ışığında kronik ağrı yaşantısı, bir dizi fizyolojik etmenlerle süregelen duyusal ve psikolojik yani duygusal-düşünsel ve davranışsal bileşeni içinde barındıran bir süreç olarak değerlendirilebilir.

Ağrı; kültürel öğrenmelerden, duruma verilen anlamlandırmalardan, dikkatten ve diğer psikolojik etmenlerden etkilenen kişiye has bir durumdur (Melzack, 1999). 20. yüzyılın başlarında araştırmalar, ağrının sadece duyusal yönlerini ele almakta ve organizmanın ağrıyı bir an evvel durdurucu etkileri üzerinde durmaktaydı. Ağrının davranış ve düşünceleri baskılayan, dikkat çekici duygusal yönlerinin olduğu aşikârdır. Ağrının duyusal yanlarının üzerinde durulurken motivasyonel-duygusal yanları ise sadece ağrının duyusal yanlarının bir parçası olarak ele alınmaktaydı. Ağrının algısal, yaşantısal-bilişsel, dikkatle ilintili olan ve diğer yanları dahi ele alınırken motivasyonel yanları göz ardı edilmekteydi (Melzack, 1999). Ancak günümüzde yapılan çalışmalarda; kronik ağrı sendromu tanısı almış vakalarda, kronik ağrı yaşantısında, tedaviye uyum ve motivasyon önem kazanmaktadır (Kerns, Rosenberg, Jamison, Caudill ve Haythornthwaite 1997). Söz konusu bireylerin bu tedaviye uyum ve motivasyonunun hangi aşamasında olduğunu Prochaska ve DiClemente, Sağlık Davranış Kuramlarından Transteorik Model ile açıklamıştır (Prochaska ve DiClemente, 1982). Bu model, temel olarak sağlıklı olmayan davranış değişiminde kişinin hangi aşamada olduğunu zaman esasında beş evreye ayırmaktadır. Bu evrelerden ilki, tasarlama öncesi (precontemplation) evresidir. Bu evrede birey, gelecek altı ay içerisinde sağlıklı olmayan davranışı değiştirmeye ilgili herhangi bir düşünce ve davranışa sahip değildir. İkinci evre ise tasarlama (contemplation) evresidir. Bu evrede kişi, sağlık davranışından memnun değil ve bu davranışı değiştirmeye ilgili gelecek altı ay içerisinde harekete geçme düşüncesine sahiptir. Bir sonraki aşama, hazırlık (preparation) aşamasıdır ve bu aşamada birey, sağlıklı olmayan

davranışın değişimi için gelecek bir aylık zaman içerisinde bir tedavi almak ve uygulamak hakkında planlara sahiptir. Dördüncü ve kritik evre ise eylem (action) evresidir. Kişi, bu evrede sağlıklı olmayan davranışı için gereken tedavi ve motivasyona sahiptir ve içinde bulunduğu altı aylık sürede sağlıklı olmayan davranışıyla ilgili gerekli değişimlere başlamıştır. Bu kuramın son aşaması ise sürdürme (maintenance) evresidir. Bu evrede artık kişi, sağlıklı olmayan davranışı sağlıklı davranış ile değiştirmiş ve bu değişimin gerçekleşmesi üzerinden en az altı aylık bir süre geçmiştir. Böylece kişi sağlıklı davranışını sürdürmekte kararlıdır. Öte yandan kronik ağrı yaşantısına yönelik çalışmalarda, Transteorik Model'in öngörülleri kapsamında dünyada çalışmalar yeni yeni gelişmektedir. Ancak Türkiye'de bu model doğrultusunda ağrı vakalarında tedaviye hazır oluşu değerlendiren herhangi bir çalışma olmadığı gibi ağrıya yönelik tedavi motivasyonunu ölçmeye yarayan bir ölçüm aracına da rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, Kerns ve arkadaşlarının geliştirdiği (Kerns ve ark., 1997), kronik ağrı tanısı almış kişilerin, ağrı tedavilerine yönelik motivasyon düzeyinin hangi değişim evresinde olduğunu tespit etmeyi amaçlayan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (Pain Stages of Change Questionnaire) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır. Bu sayede hem kronik ağrı sendromlu vakaların tedavi motivasyon düzeylerinin hangi aşamada olduklarını tespit etmenin hem de vakaların içinde bulundukları aşamaya uygun müdahale ve tedavi modaliteleri yürütmenin ve hatta geliştirmenin mümkün olması beklenmektedir.

Çalışma içerisinde ağrıya yönelik değişim evreleriyle ilgili bilgilere geçmeden önce kronik ağrı yaşantısıyla ilgili yeni nesil motivasyonel müdahale yöntemlerinden bahsedilecektir. Ardından çalışmaya kuramsal temel olan ve Prochaska ile DiClemente tarafından geliştirilen sağlık davranış kuramlarından Transteorik Model ve bu modelin gelişimindeki süreç ile içeriğindeki detayları kapsamlıca ele alınacaktır. Bu doğrultuda kronik ağrının literatüründen bahsedildikten sonra motivasyonel sürecine değinilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Kronik Ağrının Tanımı, Epidemiyolojisi ve Kronik Ağrıya Yönelik Yaklaşımlar

1.1.1. Kronik Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Enstitüsü, yapmış olduğu son güncellemeyle ağrıyı; “gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya buna benzer hoş olmayan bir duysal ve duygusal deneyim” olarak tanımlamaktadır (IASP, 2020). Ağrı, sonsuz çeşitte niteliğe sahip, her zaman öznel, kronik ağrıyı yaşantılayan kişinin geçmiş yaralanmalarına ve deneyimlerine bağlı olarak yorumladığı, kişiye has bir durumdur (Merskey, 1986, 1991).

Engel’in 1950’li yılların sonunda geliştirmiş olduğu modele göre; ağrı ne sadece tıbbi ne de sadece psikolojik yaklaşımlarla açıklanabilir ve tedavi edilebilir. Bu yaklaşıma göre ağrının sebebi ne olursa olsun hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal unsurlarla birlikte ele alınması gerektiği belirtilerek, biyopsikososyal modelin temelleri atılmıştır (Engel, 1977). Melzack ve Wall (1965) tarafından geliştirilen Kapı Kontrol Kuramına (Gate Control Theory) göre ise ağrı ne sadece duysal olarak hissedilen ne de bu hissedilen duyuların beyinde herhangi bir periferik açıklaması olan salt duysal bir yaşantıdır (Melzack ve Wall, 1965). Melzack ve Wall’un (1965) bu kuramına göre; ağrının beynin algı merkezlerinden iletilen sinir uyarılarının sinir lifleri aracılığıyla beynin arka boynuzuna aktarılarak ağrı uyarımlarında rol oynayan bir olgu olduğu ifade edilmiştir. Bu model sonrasında yine Melzack, Ağrının Nöromatris Kuramını önermiş ve bu kurama göre ağrının fizyolojik, nörolojik, bilişsel ve duygusal unsurları olan çok boyutlu bir yapısı olduğunu ifade etmiştir (Melzack, 1999).

Kronik ağrının akut ağrıdan en belirgin farkı, ne kadar süredir yaşandığıdır. Sürenin ayırt edici yönü dışında akut ağrı daha kolay değerlendirilebilirken kronik ağrının semptomatik ve psikososyal kökleri daha karmaşıktır. Akut ağrı, bedenin fiziksel herhangi bir noktasında bir sinyal olarak değerlendirilirken kronik ağrıda bir

takım ağrı davranışları ve yaşam kalitesini etkileyen durumlar söz konusudur. Akut ağrı genelde kişinin kendisini etkilerken kronik ağrı ise aile ve sosyal çevreyi de etkiler. Kronik ağrı en az altı ay süresince var olan ve devamlı tekrarlayan bir deneyimdir (Merskey, 1979). En az altı aydır yaşantılanan bu olumsuz deneyim sonucunda ise kişinin yaşamında, davranışlarında ve ruhsal durumunda birtakım değişimler gözlemlenmektedir. Kronik ağrı semptomlarına maruz kalan kişilerin; duygu, düşünce ve davranışlarında açıklanması kolay olmayan değişiklikler meydana gelir. Fordyce ve arkadaşları (1986), ağrı semptomlarına sahip kişilerin; sürekli ağrıları hakkında konuşmaları, tekrarlayan doktor başvuruları, yinelenen tedavi arayışları, ilaç kullanımıyla ilgili uyumsuzluk veya çeşitlilik, duruş ve yüz ifadesindeki hoşnutsuzluk davranışlarını ağrı davranışı olarak tanımlamıştır (Fordyce, Brockway, Bergman ve Spengler, 1986). Davranışçı yaklaşıma göre ise ağrıda doku hasarı varsa kişinin, bu hasarın oluşturmada beklenenden daha fazla tepki göstermesi, edimsel koşullanma kaynaklı olarak ifade edilmektedir. Bu hastaların ailelerinin ve sosyal ilişki içinde bulunduğu kişilerin ağrının dışı vurumuna karşı gösterdikleri tepkiler, hastaların üzerinde bir pekiştireç etkisi gösterebilmektedir (Yücel, 2000). Kronik ağrı hastalarının günlük alışlagelmiş yaşantılarını sürdürmelerini engelleyen bazı davranışlar olup, bu davranışların pekiştireçleri oldukça güçlü olabilmektedir. Örneğin; bir kronik ağrı tanısı almış kişinin günlük yaşantısında sahip olduğu stres kaynağıyla, sahip olduğu sosyal desteğinin yanlış konumlanması, bu davranışın sürdürülmesinde pekiştireç görevi görüyor olabilir. Ağrıyı hissetmek ve ağrı yaşantısını deneyimlemek, birbiriyle ilişkili ve sıralı olaylardır. Buna karşın ağrı deneyiminde benzer nedenlerin herkes için aynı sonuca sebep olduğu söylenemez (Prkachin ve Craig, 1995). Kronik ağrı davranışları kültürel öğrenmelerden, duruma verilen anlamlandırmalardan, dikkatten ve diğer psikolojik etmenlerden etkilenen kişiye has bir durumdur (Katz ve Melzack, 1999). Bu bağlamda ağrıyla baş etme yöntemleri ile fiziksel ve psikolojik uyum arasındaki koordinasyon birçok çalışmaya konu edinilmiştir (Jensen, Turner, Romano ve Karoly, 1991; Turner, Ersek ve Kemp, 2005). Kronik ağrı, kişilerin günlük yaşantısını çok az etkilemekten tamamen engellemeye kadar farklılık göstermesinden dolayı, bu ağrı semptomlarına sahip kişiler üzerinde ciddi bir stresör olarak kabul edilmektedir. Romatoid artrit gibi kişilerin engelliliğinin ölçümlenebildiği ağrı türünde kronik ağrı hastalarının duruma

fiziksel olarak uyum sağlayamamış olmasının depresyon ve anksiyete gibi psikososyal durumlarla ilişkisi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (Hagglund, Haley, Reveille ve Alarcon, 1989; Haythornthwaite, Menefee, Heinberg ve Clark, 1998). Kronik ağrıyla ilgili algılanan çaresizliğin, kişinin duygu durumu ve psikososyal aktivitesi üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (Keefe ve Williams, 1990). Diğer yandan ise kişinin ağrı üzerinde algıladığı kontrolün artmasıyla ağrı şiddetinde azalma, daha az ağrı davranışı gösterme (Buescher ve ark., 1991) ve daha fazla psikolojik iyilik hâli gözlemlendiği bildirilmektedir (Jensen ve Karoly, 1991). Buraya kadar kronik ağrının tanımından kısaca bahsedilmiş olup bir sonraki bölümde kronik ağrının epidemiyolojisinden bahsedilecektir.

1.1.2. Kronik Ağrının Epidemiyolojisi

Günümüzden yaklaşık 20 yıl önce Dünya Sağlık Örgütü, Dünya nüfusunun %20'sinin herhangi bir seviyede kronik ağrıya sahip olduğunu belirtmektedir (Gureje, Von Korff, Simon ve Gater, 1998). 2015 yılında yapılan bir çalışmada bu oranın yüzde otuz üçlere ulaştığı bildirilmiştir (Jackson, Thomas, Stabile, Han, Shotwell ve McQueen, 2015). Türkiye'de ise Kuru ve arkadaşlarının 2011'de yapmış oldukları çalışmada, 250 kişilik örnekleme Kısa Ağrı Envanterinin ilk yedi sorusu ile ağrının son yedi gün içindeki sıklığını, vücudun hangi bölgesinde ağrının bulunduğunu (boyun, bel, sırt, üst kol, omuz, ön kol, el bileği, diz, üst bacak, kalça ve alt bacak) sorgulayan, bu ağrıların şiddeti ve sahip olunan ağrının gündelik yaşantıyı etkileyip etkilemediğini değerlendiren Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire formu uygulanmıştır (Hedge, A., Morimoto, S., ve McCrobie, D, 1999). Bu çalışmanın sonucunda katılımcılar, kronik bel ağrısını (n=145) en fazla görülen ağrı türü olarak bildirmiştir. Bel ağrısını sırasıyla; boyun (n=116) ve sırt ağrısı (n=101) takip etmiştir (Kuru ve ark., 2011). Bu çalışmanın sonuçları kas ve iskelet sistemi ağrılarına yönelik olduğu için dünya genelinde literatürde yer alan ağrı çeşitlerinin görülme sıklığından farklılık göstermiştir. Crook, Rideout ve Browne'nin 1984 yılında yapmış olduğu çalışmada ise en sık görülen akut ağrının baş ağrısı, kronik ağrının ise bel ağrısı olduğu bildirilmiştir (Crook, Rideout ve Browne, 1984). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yapılan çalışmada polikliniklere başvurma sıklığı arasında baş ağrısı üçüncü sırada, bel ağrısı altıncı sırada yer alarak Crook Rideout ve Browne'un 1984 yılında

yapmış olduğu çalışmayla benzer sonuçlar gözlemlendiği belirtilmiştir (Ünalan, Uzuner, Çiftçili, Akman ve Apaydın, 2009). Erdine ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmaya göre Türkiye’deki kronik veya akut ağrı prevalansının %63,7 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre en sık görülen ağrı çeşitleri sırasıyla baş, bel ve alt ekstremitte bölgesi olarak rapor edilmiştir (Erdine, Hamzaoğlu, Özkan, Balta ve Domac, 2001). Amerika’da yapılan bir çalışmada yetişkin nüfusun %28’inin bel ağrısı, %16’sının migren veya şiddetli baş ağrısı, %15’inin ise eklem ağrısı yaşadığı belirtilmiştir (Pleis ve Coles, 2002; akt. Turk, 2003). Mills ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise dünya genelinde yaklaşık iki milyar insanın baş ağrısından etkilendiği ifade edilmekle birlikte, bel ve boyun ağrısının ise günlük işlevselliği engelleme düzeyi açısından ilk sırada olduğu bildirilmiştir (Mills, Nicolson ve Smith, 2019, akt. Sertel-Berk, 2020).

Toplumsal epidemiyolojik çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla, daha sık ve vücudun daha çok bölgesinde ağrı şikâyetiyle başvuru yaptığı bildirilmektedir (Unruh, 1996). Migren, kronik pelvik ağrı, temporomandibular eklem ağrısı ve fibromiyalji gibi kronik ağrı durumlarının çoğu ağırlıklı olarak kadınları etkilemektedir (Belfer, 2017). Kadın ve erkeklerin ağrıyla ilgili farklılıklarının östrojen/testosteron hormonlarının, seratonin/dopamin düzenini etkilemesiyle ilgili olabileceğine dair yapılan çalışmalar vardır (Aloisi, Bachiocco, Costantino, Stefani, Ceccarelli ve Bertaccini, 2007; McEwen, Alves, Bulloch, Weiland, 1998; Watkins, Hutchinson, Johnston, Maier, 2005). Genel olarak, kadınlarda erkeklere kıyasla ağrı semptomlarının görülme sıklığı iki kattan daha fazladır (Belfer, 2017). Kadınların, kronik ağrıyla ilgili tedavi başvuruları daha sık olmakla birlikte analjezik kullanımı daha fazladır. Aynı zamanda kadınların bilişsel yaklaşım temelli psikolojik tedavilerden de daha çok yarar sağladıkları belirtilmiştir (Butler, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell ve Stott, 1999; Miller ve Rollnick, 2012).

Bu noktaya kadar kronik ağrının epidemiyolojisiyle birlikte cinsiyet farklılıkları ve görülme sıklıklarından bahsedilmiş olup, sonraki başlıkta kronik ağrıya yönelik güncel yaklaşımlardan bahsedilecektir.

1.1.3. Kronik Ağrıya Yönelik Yaklaşımlar

Geçmişte ağrı kavramı, bireysel bakış açılarına göre tek boyutlu olarak değerlendirilmekteydi. Örneğin; bir sinirbilimci ağrıyı nörofizyolojik olarak ele alırken, bir psikiyatrist ağrıyı; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin tümüyle ele almaktadır. Ancak 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren bu alandaki genel yaklaşıma göre ağrı kavramı ele alınırken tek boyutlu değil, disiplinler arası iş birliği ve diyalog çerçevesinde çok boyutlu olarak değerlendirilip tedavi edilmesi gerektiği fikri etrafında toplanılmıştır. Bu doğrultuda 1970’li yıllara kadar kronik ağrı tedavisinde ilaçla tedavi gibi biyolojik yaklaşımlar yaygınken 1970’lerin ortasında Sternbach ve Fordyce, Melzack’ın (1965) geçmiş çalışmalarından etkilenerek davranışsal modeli geliştirmiştir (Fordyce, Roberts ve Sternbach, 1985; Fordyce, 1976).

20. yüzyılın başlarında fiziksel tıp yaklaşımında; daha çok duyu odaklı, genel geçer, bireyselleştirilmemiş, sadece ağrı şiddetini ele alarak, ağrının dindirilmesi üzerine odaklanılmışken; günümüzde her ağrının ve bunu yaşantılayan kişinin sahip olduğu biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönlerin bireysel farklılıklar göstermesi sebebiyle ağrı, kişiye has ve biricik olarak ele alınmaktadır (Melzack, 1975).

Bugün gelinen noktada yalnızca ilaç tedavileriyle yapılan kronik ağrı tedavisi tek başına yeterli görülmemektedir. Pek çok araştırma, hastaların kronik ağrıyı ne kadar iyi yönettiğinin ve onlara ne yapıldığından ziyade hastaların yaptıklarının ağrı yönetiminin sonucunu belirlediğini desteklemektedir. Yani kronik ağrı yönetiminin çoğu, hasta tarafından gerçekleştirilmektedir (Jensen, Nielson, Turner, Romano ve Hill, 2003). Kişilerin, sahip oldukları ağrıyı yönetirken gösterdikleri bu çabaların tümü ağrıyla baş etme olarak tanımlanmaktadır (Brown ve Nicassio, 1987; Hocaoglu, Berk, Ketenci, 2019). Medikal yaklaşımın, ağrının tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik müdahale yöntemlerinin yerini, günümüzde disiplinler arası bir ekip çalışması almaktadır. Günümüzde, ağrı semptomlarından mustarip kişilerin sahip oldukları ağrı semptomları ile baş etme ve ağrılarını yönetebilmeleri konusunda kendi kendilerine yetebilen noktaya gelebilmelerine yardımcı olma hedeflenmektedir (Fashler ve ark., 2016). Hastalık belirtileri durdurulsa bile bu kişilerin, işlevselliklerinin yeniden sağlanması yani ailevi, sosyal ve mesleki alanlarda normale yakın yaşamın devamı için ilaç tedavileriyle birlikte psikoterapi ve psikososyal yöntemlerin de kullanılması gerekmektedir. Melzack ve Casey’e (1968) göre; ağrının üç boyutu olduğu

söylenmektedir. Bunlar; duyuşsal ayırt edici, motivasyonel-duygusal ve bilişşeldir. Bu bakış açısına göre, ilk etkilerin periferel sinir sistemi üzerinde gerçekteşmesinden bahsederek duyuşsal ayırt edici yönlerin, günümüz ağrı tedavi yaklaşımlarının yöneldiğı multidisipliner yaklaşımın tıbbi ayağına denk geldiğı söylenebilir.

19. yüzyılın başlarında ağrı, zihinsel bir fenomen olarak düşünölürken, anatomik ve fizyolojik açıklamalar oldukça kısıtlıydı. Zamanla insan anatomisi ve fizyolojisi konusunda bilimsel bilgi arttıkça, ağrının insan duyuşsal sistemine ait olduğı düşünölümüştür (Tursky, Jamner ve Friedman, 1982). Ağrı kavramı, son zamanlarda basit bir nörofizyolojik sinyalden karmaşık bir psikofizyolojik fenomene dönüşümüştür (Brena, 1972). Ağrının etiyolojisiyle ilgili bu değışimin gerçekteşmesinde, bazı fizyolojik semptomların bir ya da birden çok psikolojik semptomla birlikte görölmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Ağrının etiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda; kültürel faktörler (Sternbach ve Tursky, 1965), sosyal modeller (Craig, 2009), kişilik faktörleri (Merskey, 1978) ve davranışsal yaklaşım (Fordyce, 1976, 1985), ağrı semptomlarını yaşantılayan kişileri etkileyen psikososyokültürel faktörler olarak üzerinde çalışılmış konulardır.

Ağrının motivasyonel-duygusal yanının üzerinde çalışılmaya başlanması ve tanı-tedavi sürecinde etkin rol alması ise yaklaşık olarak son 25 yıllık bir süreç içerisinde gerçekteşmiştir (Jensen, Turner ve Romano, 1994; Jensen, Nielson ve Kerns, 2003; Kerns ve ark., 1997, Strong ve ark. 2002). Ağrı tanı ve tedavisindeki motivasyonel-duygusal yön; kişinin günlük yaşantısındaki sosyal ilişkileri, duygu durumu ve işlevselliğini de ele alan psikolojik yanı olarak özetlenebilir. Ağrının tanı ve tedavisinin bilişşel yanı ise kişinin yaşamış olduğı bu deneyimi algılayışı ve bu algıladığı ağrı yaşantısını yorumlamasına yöneliktir. Ağrının kronikleşmesinde rol oynayan faktörler ele alınırken kronik ağrıya yönelik Bilişşel Davranışçı Tedavilerin odağında, sahip olunan ağrının kronikleşmesinde etmen olan faktörlerden ziyade kronikleşen ağrıyla birlikte kendini göstermeye başlayan ve ağrının varoluşunu sürdüren bilişşel, duygusal ve davranışsal değışimlerin değerdendirilmesi ve bunlara müdahale edilmesi yer alır (Sertel-Berk, 2018). Bu üç yaklaşımın birleşimi olarak ise ağrı tek bir boyutlu yani biyolojik, fizyolojik veya psikolojik olarak ele alınmak yerine günümüzde biyopsikososyal açıdan ele alınmaktadır. Ağrının tanı ve tedavisi kişiye

has olduğu gibi ağrı türüne özgü ele almak da tedavinin etkinliği açısından son derece elzemdir. Bir çene ağrısı vakasıyla, geçirilmiş bel fıtığı operasyonu sonrası yaşantılanan kronik ağrı vakasının değerdendirmeleri fizyolojik açıdan farklılık gösterse de psikolojik ve sosyal işlevsellik açısından yaklaşık aynı düzlemde ele almak mümkündür (Duruk, Sertel-Berk, Ketenci, 2015).

Buraya kadar olan bölümde ağrının epidemiyolojisine, akut ve kronik ağrı yaşantısı arasındaki farklılara ve ağrıyı açıklamaya yönelik yaklaşımlara kısaca değinilmiş olup ağrının çok boyutlu doğası aktarılmaya çalışılmıştır. Bu çok boyutlu ögeler içinde yeni yer edinmeye başlayan motivasyonel-duygusal unsurlara da kısaca değinilmiştir. Bir sonraki bölümde kronik ağrı değerdendirilmesinde klasik ve güncel motivasyonel-duygusal bileşen ekseninde motivasyonel süreçlerden kısaca bahsedilecektir.

1.2. Kronik Ağrının Değerdendirilmesi

Kronik ağrının çok boyutlu doğası gereği değerdendirilmesinin de çok boyutlu olması gereklidir. Tıbbi değerdendirmeler tıp ekibi tarafından gerçekleştirilirken ağrı yaşantısı, ağrıya verilen duygusal, düşünsel ve davranışsal tepkiler, ağrının nedenlerine yönelik açıklamalar, ağrı tedavisine yönelik inançlar vb. gibi bilişsel süreçler de psikolojik değerdendirmeler kapsamına girmektedir. Tüm bu gerekçelerden dolayı kronik ağrı hastasının değerdendirilmesinin multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilmesi günümüz yaklaşımlarında çok önemli bir yere sahiptir (Sertel-Berk, 2020). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneğinin de bahsettiği gibi ağrı alanında uzmanlaşmış klinik psikologlar/klinik sağlık psikologları ve psikiyatristler bu ekibin ayrılmaz birer parçasıdır (IASP, 2009).

Ronald Melzack (1975) tarafından geliştirilen “The McGill Pain Questionnaire” ölçeği, ağrının niceliksel ölçümlenebilmesiyle ilgili ilk bilgilerin verildiği çalışmalardandır. Birçok ağrı türünden oluşan 297 kişilik örnekleme sahip bu çalışma sonucunda, ağrının laboratuvar ortamında ölçümlenmesinin getirdiği etik sınırlamalar ve hassasiyetlerden dolayı ağrının ölçümlenmesinin alternatif yollarının aranması, ağrıyı betimleyici ölçek ve anketlerin oluşmasına öncülük etmiştir

(Melzack, 1975). Ağrıyı sınıflandırmanın önemi, tanılama kategorileri için belirleyici ve etkin tedavi modaliteleri için kişisel olarak tanımlamaktan geçer (Anand ve Craig, 1996). Ağrının tanı-tedavi süreci ve bu sürecin, kişi üzerindeki etkilerini kategorize eden en önemli ayırım, akut ve kronik ayırımıdır. Nitekim kronik ağrı tedavisi; çok boyutlu bakış açısını, medikal müdahaleleri, fiziksel egzersizleri, biliş ve davranışları düzenleyen müdahaleleri kapsamaktadır (Lami, Martinez ve Sanchez, 2013). Ağrıyı kronik olarak tanımladığımızda değerlendirilmesine; hastanın iyileşme hakkındaki düşünceleri, tedavi hakkındaki beklentileri, hastalıkla birlikte süregelen davranışları ve sosyal çevresiyle olan etkileşiminde ağrının konumlanması ve önemi devreye girmektedir. Bu sebepten ötürü ağrının tanı ve tedavisinde danışana uygulanması düşünülen teknik ne olursa olsun etkin bir tedavinin ilk aşaması iyi bir anamnezdır.

Ağrı alanında uzmanlaşmış; tıp doktoru (algolog), psikiyatrist veya klinik psikolog/klinik sağlık psikoloğu tarafından ilk görüşme gerçekleştirilir. Kişiyle kurulacak bağın da temelini oluşturacak olan bu değerlendirme görüşmesi, beş bölüme ayrılabilir. Bu adımlardan ilki, temel anamnez kapsamında; yeri, sıklığı, süresi, seyri, şiddeti, artıran-azaltan etmenler ve bu ağrıyla ilgili daha önce uygulanan tedavilerin bilgileri detaylıca sorgulanır (Yücel, 2000).

İkinci adımda ise varsa geçirmiş olduğu operasyonlar, diğer kronik hastalıklar veya genetik herhangi bir rahatsızlık olup olmadığı, kullanmakta olunan ilaçlar ve özellikle ağrı kesici (analjezik) miktarı ve sıklığı ele alınmalıdır.

Kronik ağrılı hastaların anamnezinde dikkat edilmesi gereken üçüncü aşama ise psikolojik veya psikopatolojik açıdan da bireyin değerlendirilmesidir. Bu yönüyle kronik ağrının psikolojik yönünü ele alırken birincisi, kronik ağrının kişinin psikolojisi üzerine etkilerine; ikincisi ise geçmiş ve şu an içinde bulunduğu duygu durumuyla ilgili semptomların değerlendirilmesine önem verilmelidir. Bu değerlendirme esnasında içinde bulunduğu duygu durumuyla ilgili bozukluklar varsa bunların ağrıyla ilintili olabileceği gibi ağrısından bağımsız da gerçekleşebileceği göz ardı edilmemelidir (Dansie ve Turk, 2013). Bu değerlendirmeler esnasında kişinin sözlü yanıtlarının somutlaştırılması kapsamında uygun bir bataryayla danışanın duygu durumu, ağrıyla ilgili sahip olduğu inançları, ağrıya eşlik eden ikincil kazançları ve baş etme yöntemleri değerlendirilmelidir. Kronik ağrılı hastanın kronik ağrıyla ilgili

sosyal ve genetik öyküsünü alırken, aile bireylerinde benzer veya farklı bir kronik ağrısı olan bireyin olup olmadığının sorgulanması, yaşamış olduğu kronik ağrı semptomlarının evlilik ve sosyal ilişkileriyle iş yaşantısı arasındaki işlevsellik ve ağrıyı devam ettiren ikincil kazançlar detaylıca ele alınmalıdır (Sertel, 2000). Bu semptomların ne zaman ve nasıl başladığı, danışana göre neden var olduğuyla ilgili hipotezler ve ağrıyla duygu durumu arasında kurduğu bağın ne olduğunu direnç yaratmadan ele almak terapötik beceri gerektirir (Diefenbach ve Leventhal, 1996). Bu aşamada kişiler, ağrılarıyla ilgili ilk başvurularını fiziksel tıp konusunda uzman kişilere yaptıklarından, genelde psikolojik olarak değerlendirilmek üzere psikiyatri veya psikoloji uzmanlarına yönlendirilir. Bu durum, kimi zaman kronik ağrı hastalarında ağrının sebebinin psikolojik değil de fizyolojik olduğuyla ilgili bir inanç oluşmasına sebebiyet verebilir (Yücel, 2000). Bu gibi durumlarda kişinin ağrısının salt fizyolojik olmayabileceği, psikolojik ve sosyal yönlerinin de olabileceği biyopsikososyal bakış açısıyla direnci çözümlemek gerekir. Kişinin tedavi uyum ve motivasyonunu yükseltici tekniklerle evre modellerinden Transteorik Model'e göre bulunduğu evreden bir üst evreye taşımak ilk değerlendirmenin amaçlarından olacaktır. Bu stratejileri kullanırken dikkat edilmesi gereken nokta, danışanın değişim için hazır oluşu değerlendirilerek, hazır olmadan bir diğer evre stratejisine geçilmemesidir (Kerns, 1997; Sertel-Berk, 2018, 2020). Bu bilgiler doğrultusunda kronik ağrı hastasının psikolojik tedavi formülasyonunda birincil amaç, hastanın ağrısını azaltmak ya da dindirmek değil, hastaya ağrı davranışları ve ağrıyla ilgili aktiviteleri yapılandırmada işbirlikçi olmaktır (Sertel, 2000).

Bu doğrultuda kronik ağrının değerlendirmesinin son aşaması ise Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (Kerns ve ark., 1997) de kullanılabileceği kişinin, tedavi uyum ve motivasyonunun değerlendirileceği aşamadır. Bir kronik ağrı hastasının değerlendirilmesinde yukarıda bahsedildiği gibi motivasyonel değerlendirme, günümüz yaklaşımlarında çok önemli hâle gelmiştir. Kronik ağrı sendromlarına yönelik motivasyonel değerlendirme yöntemleri sağlık davranış kuramlarının bir kolu olan evre modellerine dayanmaktadır (Sertel-Berk, 2020).

Motivasyonel görüşme, insanların içinde bulunduğu iki zıt uçta yer alan (ambivalent) düşüncelerini keşfedip değişim konusundaki belirsizliği

çözümlemelerine yardımcı olan, danışan merkezli bir görüşme tekniğidir (Miller ve Rollnick, 2009). Motivasyonel görüşme; yeni başa çıkma yöntemleri öğretme, geçmiş deneyimlerle şu an ki durum arasında ilişki kurma veya bilişsel duygu-düşünceler arasındaki uyumu yeniden yapılandırma üzerine yoğunlaşmaz. Özellikle değişim aşamalarındaki geçişlerde isteksiz olan veya Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin temelini dayandığı Transteorik Model'e göre (Prochaska ve Di Clemente, 1982), davranış değişim evrelerinin ilki; değişim için hiçbir niyetinin olmadığı evre olan tasarlama öncesinden eylem evresine geçiş aşamasında kritik öneme sahip kullanışlı bir yöntemdir. Motivasyonel görüşme, TTM'nin evreleri arasındaki geçişlerde ambivalansı olan ve direnç oluşan danışanlarda sağlıklı olmayan davranışın değişimine ve değişen bu davranışın sürdürülmesine yardımcı olacak terapötik bir yaklaşımdır (Miller ve Rollnick, 2009).

Motivasyonel görüşmenin ruhu; iş birliğine, ambivalansı açığa çıkarmaya ve danışana otonomi kazandırarak alacağı kararlarda sorumluluk vermeye dayanmaktadır. Bu görüşme tekniğinde danışman, danışana empatik bir atmosfer oluşturarak kişinin ihtiyacı olan ve sağlıklı olmayan davranışı değiştirmede kendini yeterli hissetmesi konusunda öz etkinliği artırıcı üslupta destekleyici olan ve kişinin hikâyesindeki ambivalans içeren noktaları yerinde ve kişinin kendi seçmiş olduğu kelimelerle olabildiğince doğru şekilde özetleyebilen konumundadır (Miller ve Rollnick, 2009).

Ağrı Değişim Evreleri ölçeğinin geliştiricisi olan Kerns ve arkadaşlarının (2013) yaptığı derleme çalışmasında, danışanlara biopsikososyal bakış açısıyla yaklaşımın ve danışan merkezli yaklaşımın davranış değişikliği açısından en etkili yöntemler olduğu belirtilmiştir (Dorflinger, Kerns ve Auerbach, 2013). Danışmanın danışana doğru empatik dinleyici rolüyle, kişinin davranış evreleri arasında geçişleri açısından motivasyonunu destekleyici yaklaşımının, davranış değişimi konusunda danışanın sorumluluk alması için anahtar nokta olduğu belirtilmiştir. Davranış değişiminin meydana geldiği tedavilerde bu değişimin, genellikle ilk birkaç oturumda gerçekleştiği ifade edilmektedir (Miller ve Rollnick, 2012). Bu görüş doğrultusunda Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin, tedavinin başlangıcı ve tedavinin ilerleyen ilk birkaç görüşmesi sırasında uygulanmasının daha doğru olabileceği düşünülmektedir.

Buradaki temel amaç, tedaviye başvurmuş kişinin davranış değişikliğinin henüz hangi aşamasında olduğunu tespit ederek kişinin bu değişimle ilgili ne tip motivasyonlara sahip olduğunu ve birkaç seans sonunda davranış değişimi sürecinde kat edilen gelişmeleri tespit edebilmektir (Sertel-Berk, 2018).

Bu teknik, danışanın; tedaviyi bırakma, tedavide kalma, tedaviye bağlılık ve tedavi sonucu için önemli bir belirleyicidir. Bazen bir kişi değişim için istek duyar, fakat değişimi gerçekleştiremez. Bu gibi durumlarda devreye öz etkinlik kavramı girer. Öz etkinlik, Bandura tarafından kişinin bir davranışı değiştirmesiyle ilgili değişimi gerçekleştireceğine dair kendisine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla öz etkinlik düzeyinin de değerlendirilmesi önemlidir (Bandura, 1989). Öz etkinlik aşamasında kişi, değişim için gerekli yöntem ve tedavi arayışına girer. Bu kimi zaman tedavisinde uygulanacak tekniği ve uygulanması önerilen egzersizleri araştırmak kimi zamansa hekim tarafından önerilen ilacın etki ve yan etkilerini araştırmak olarak karşımıza çıkar. İnsanlar değişim için istekli olmanın işe yarayacağına (genel yeterlik) ve yapabileceklerine (öz etkinlik) inanarak değişim için bir yol bulurlarsa, davranış değişiminin de peşine düşeceklerdir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Davranış değişimi aşamasında, danışanın sahip olduğu ambivalansın çözümlenmesi motivasyonel görüşmenin amaçlarından biridir. Bu süreçte danışman, danışanla yapacağı değişim konuşmasını dört temel üzerine inşa eder. Bunlar; *Şimdiki durumun dezavantajları*; kişinin şu an içinde bulunduğu durumun veya davranışın yarattığı hoşnutsuzluğu içermesi bakımından soyut düşünceleri kelimelere, gerekirse bir tablo vasıtasıyla yazıya dökerek somutlaştırdığı cevaplardır. *Değişimin avantajları*; değişimin potansiyel avantajlarını içereceğinden kişinin tasarlama evresine geçişini kolaylaştıracak cevaplardır. *Değişim ile ilgili iyimserlik*; davranışın değişimiyle ilgili öz etkinliği yani kişinin yapabileceğine dair inançlarını içerir. *Değişim niyeti*; bu niyet, değişim hakkında kişinin kendisi ve iş birliği içinde bulunduğu danışmanı arasında taahhüt anlamı taşır (Miller ve Rollnick, 2009).

Motivasyonel görüşmenin terapötik ortamda kullanıldığı sırada dikkat edilmesi gereken bazı kurallar vardır. Danışanla danışman arasındaki karşılıklı iş birliğini

kuvvetlendirici aşamaları yani birlikte izlemeleri gereken tutum ve davranışları geliştirici bazı önemli noktalar vardır. Motivasyonel temelli görüşme sürecinde danışmanın danışana yönelteceği soruların açık uçlu olması, konunun ayrıntılandırılması ve iş birliğini sağlaması açısından yararlı olacaktır (Rollnick, Miller ve Butler, 2008). Açık uçlu sorular, danışanı öyküsünü daha detaylı anlatması konusunda cesaretlendirecek, kapalı uçlu sorular da “evet” veya “hayır” gibi benzer cevaplarla oluşabilecek test havasından uzaklaştıracak ve diyalogun kurulmasına yardımcı olacaktır. Bir motivasyonel görüşmeci için motivasyonel görüşmede olması gereken özelliklerinden birisi de iyi ve yansıtıcı bir dinleyici olabilmekten geçmektedir (Miller ve Rollnick, 2012). Yansıtıcı dinlemenin amacı, danışanın ne söylediğini anlayıp danışanı değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam ettirmektir. Yansıtıcı dinleme esnasında danışan, danışmanın onu anladığı ve onu dikkatlice dinlediği çıkarımında bulunur. Danışman gerektiği noktalarda değişimle ilgili kişinin olumlu cümlelerini vurgulayarak seçmiş olduğu ses tonunun da etkisiyle kişide direnci dağıtmayı ve değişime yöneltmeyi amaçlar (Rollnick ve Miller, 2009).

Tüm bu bağlamda bakıldığında kronik ağrı vakalarında motivasyonel görüşmenin önemi, çalışmamızın da temelini oluşturan ve TTM’nin ilk evresi olan tasarlama öncesi evresinde kişinin sahip olduğu direnç ve ambivalansların çözümünde uygulanabilir bir terapötik yaklaşım olmasıdır. Tasarlama öncesi ve tasarlama gibi henüz davranış barındırmayan niyet temelli bu evrelerde, klinisyenin becerileri kadar kişinin sahip olduğu ağrıya yönelik değişimle ilgili tedaviye uyumu ve ağrı davranışlarındaki değişimi için gerekli motivasyonun tespit edilmesi de önemlidir. Düşük düzeyde değişime hazır olma pasif başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilirken daha yüksek düzeylerde (eylem ve sürdürme gibi) değişime hazır olma motivasyonu daha aktif başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir (Kerns ve diğerleri, 1997; Jensen ve diğerleri, 2003). Tüm bu bilgilerin ilk görüşmeler esnasında alınacağı varsayıldığında, ADEÖ aracılığıyla kronik ağrı davranışıyla ilgili kişinin sahip olduğu değişim için motivasyon düzeyinin hangi aşamada olduğunun tespiti, tedavinin formülasyonu ve süreci için izlenecek yolu belirleyecektir.

Çalışmamızın bu kısmına kadar kronik ağrının değerlendirilmesinde hem tarihsel yaklaşımlar hem de güncel yaklaşımlar ışığında kronik ağrıda çok boyutlu

değerlendirmelerden bahsedilmiş olup, motivasyonel değerlendirmenin de önemi aktarılmaya çalışılmıştır. Bir sonraki bölümde ise kronik ağrıya yönelik psikolojik yaklaşımlara daha çok değinilecek olup motivasyonel yöntemlerin de kaynağını oluşturan Bilişsel Davranışçı yaklaşımlara daha çok yer ayrılacaktır.

1.3. Kronik Ağrı Tedavisinde Psikolojik Yaklaşımlar

1.3.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Kronik ağrının bilişsel-davranışçı modeli; hastaların inançlarının, başa çıkma yöntemlerinin ve kontrol algılarının, davranışsal ve psikolojik işlevleri üzerinde etkin olduğunu öne sürer (Turk, 2003; Jensen, Turner ve Romano, 2001). Kronik ağrı tedavisinde Bilişsel Davranışçı yaklaşımın ilk adımları, Melzack ve Wall (1965) tarafından geliştirilen Kapı Kontrol kuramıyla atılmıştır. Başlangıcı ise Kapı Kontrol kuramının, kronik ağrının duyusal yanları olduğu gibi bilişsel ve duygusal yanlarının da olduğunu açıklanmasıyla olmuştur (Melzack ve Wall, 1965). Bu açıklamalardan yola çıkarak çalışmalarına devam eden psikolog Fordyce, kronik ağrıyla ilgili çalışmalarında öğrenme ve operant koşullanma teorileri gibi davranışçı yaklaşımları kullanarak kronik ağrının tıpkı bir davranış gibi sosyal çevre ve uyaranlarla etkileşiminin olabileceği sonucuna varmıştır (Fordyce, 1976). Daha sonrasında duygudurum, anksiyete ve depresyona yönelik geliştirilen bilişsel yaklaşımların da etkisiyle, davranışçı yaklaşımlara bilişsel yaklaşımlar da dâhil edilmiş ve Bilişsel Davranışçı yaklaşımın temelleri atılmıştır (Ehde, Dillworth ve Turner, 2014).

Kronik ağrı hastaları, ağrıyla ilgili algılanan bilgiyi bilişsel olarak işlemektedir. Bu işlenen bilgiler yine çevre, sosyoekonomik statü, yaşam öyküsü ve bulunduğu kültürel öğretilere göre yorumlanmaktadır. Bu bilgilerin kişiye has yorumlanması kişinin sosyal yaşantısını ve davranışlarını etkileyebildiği gibi davranışları ve sosyal yaşantısındaki insanlarla olan ilişkileri de bu bilgileri yorumlamasını etkileyebilmektedir. Bu bakış açısıyla kişinin düşünce ve davranışları ile bu düşünce ve davranışların meydana getirdiği duygu, birbirinden bağımsız olarak düşünülemez. Kişinin içinde bulunduğu duygu, düşünce ve davranışların birbiriyle uyumu tespit

edilerek yeniden yapılandırılmasını içeren birtakım müdahaleler yine öğrenme kuramı temeliyle düzenlenmelidir (Sertel, 2000).

Disiplinler arası yürütülen kronik ağrı tedavilerinde, tedavinin psikolojik boyutunun ele alındığı Bilişsel Davranışçı Terapi yaklaşımının, beklenildiği gibi kronik ağrı tedavisinde hastanın bilişlerinin yeniden yapılandırılması ve baş etme yöntemleriyle ilişkisi olduğu bulunmuştur (Jensen, Turner ve Romano, 2001). Kronik ağrı tanısı almış hastayla bilişlerdeki değişimler, baş etme ve multidisipliner ağrı tedavisi arasındaki ilişkiyi inceleyen 141 kişilik örnekleme sahip bir çalışmada; inançlar, felaketleştirme ve baş etme değerlendirilmiştir. Tedavi öncesi, tedavi sonrası ve 6-12 aylık tekrar takip süresince sürdürülen bu çalışmada; ağrı üzerindeki algılanan kontrolün artırılması, felaketleştirme ve olumsuz inançların azaltılmasıyla, hastanın; belirttiği fonksiyonel kayıp, ağrı yoğunluğu, depresyon ve hekime başvurma sayısının azalması arasında bir ilişki gözlemlenmiştir (Jensen, Turner ve Romano, 2001).

Kronik ağrıda olumsuz duyguların rolünün farkında olmak önemlidir, çünkü tedavi önerileri için motivasyon ve bağlılık üzerinde bir etkisi olması muhtemeldir. Ağrı deneyimi, olumsuz düşünceleri başlatabilir ve gelecekte ağrının daha da artabileceğiyle ilgili endişe ve korkuya sebebiyet verebilir (Vlaeyen, Crombez ve Linton, 2016). Ağrı korkusu ve beklentisi ise günlük işlevsellik ve ağrı toleransı üzerinde önemli bir etki yaratabilen bilişsel-algısal süreçlerdir. Örneğin; depresyonda olan ve çaresiz hisseden hastalar, tedavi uyumu için çok az inisiyatif alabilirler, endişeli hastalar, fiziksel olarak zorlayıcı faaliyetler şeklinde algıladıkları şeylerle uğraşmaktan korkabilir ve sağlık sistemine kızgın olan hastalar, egzersiz önerilerine cevap vermeye motive olmayabilir (Turk, 2003). Araştırmalar, kronik ağrı hastalarının %40-50'sinin depresyon, anksiyete ve öfke semptomlarına sahip olduğunu göstermektedir (Angst ve ark., 2020; Elliott, Renier ve Palcher, 2003; Romano ve Turner, 1985). Az gelişmiş veya gelişmekte olan 47 farklı ülke ve 237.952 kişiden toplanan örnekleme yapılan meta analiz çalışmasında; 47 ülkenin 44'ünde depresyon ile yaygın ağrı arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bu sebeple komorbite açısından değerlendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (Stubbs ve ark., 2017). Öte yandan, ağrının duyuşsal deneyiminden değil, ağrı yaşanılacağıyla ilgili beklentilerden kaynaklanan ağrı korkusunun ve kaçınma davranışının; kalıcılığı ve kronik ağrıya bağlı fonksiyonel

yetersizliklerin süregelmesinin güçlü bir negatif pekiştireç olacağını ileri süren çalışmalar da vardır (Crombez, Vlaeyen, Heuts ve Lysens, 1999; Vlaeyen ve ark., 1995, akt. Turk, 2003).

Yapılan korelasyonel çalışmalarda, multidisipliner ağrı tedavisinde hastanın sahip olduğu bilişsel örüntüler ve başa çıkma yöntemleriyle hastanın tedavi uyumu ve bu uyum sonucunda tedaviden göreceği fayda arasında güçlü ilişkiler olduğu söylenmektedir (Jensen, Turner ve Romano, 2001). Flor, Fydrich ve Turk, 1960-1990 yılları arasında 3089 kronik ağrı hastası üzerinde; Bilişsel-Davranışçı, Bilişsel ve Davranışçı yaklaşımların, kontrol grubuna uygulanan medikal tedavi ve deney grubuna uygulanan disiplinler arası tedavinin etkinliğini değerlendirdiği meta analiz çalışması gerçekleştirmiştir. Tedavi sonrası işe geri dönüş yüzdesinin deney grubunda %68; kontrol grubunda ise %32 olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı çalışmaya göre deney grubunun ağrı azalma oranı %37; kontrol grubunun ağrı azalma oranı ise %4 olarak belirtilmiştir. Deney grubunun gereksiz ilaç kullanım oranında %63 azalma; aktivitelerinde ise %53 artma olmuştur. Bu oranlar kontrol grubunda ise sırasıyla %21 ve %13 olarak belirtilmiştir (Flor, Fydrich ve Turk, 1992). Bulgular, ağrı üzerinde algılanankontrolü arttıran, uyumsuz hasta bilişlerini ve baş etme tepkilerini azaltan müdahalelerin kullanımını desteklemektedir. Jensen, Turner ve Romano'nun (2001) yaptığı bir çalışma sonucunda ise tedavinin sürdürülmesi, kişinin ağrı üzerindeki algılanan kontrolünü arttırmış ve uyumsuz hasta bilişleri ve baş etme yanıtlarını azaltmıştır (Jensen, Turner ve Romano, 2001).

Davranışsal, psikolojik ve sosyal faktörler, kronik ağrıyla yaşayan kişilerde; ağrı şiddeti, engellilik, çalışma durumu, duygu durum ve sağlık hizmetleri kullanımıyla anlamlı ve tutarlı ilişkiler göstermektedir (Fordyce, 1976, Jensen, Turner ve Romano,1992). Öte yandan kronik ağrı hastasının; sağlık hizmetlerini gereksiz kullanımı, ilaç tüketimi, işe geri dönüşlerinde sürenin uzaması gibi bir takım fonksiyonel faaliyetler ve fiziksel engellilik iddialarının artması gibi sonuçlar, sağlık ödemesi kapsamında ödeme yapan tarafından bakıldığında, kişinin kendi sonuçlarından daha önemli sonuçlar olarak görülmektedir. Tedavi mümkün olmadığında ise hastalar için uygun alternatif tedavi stratejileri, günlük işlevlerini yeniden kazandırma, faydalı olmayan sağlık hizmetlerine başvuruları azaltma ve ağrı

konusunda öz-yönetim becerilerini artırma gibi farklı hedefler belirlenebilir (Aronoff ve Feldman, 1999).

Çeşitli anatomik ve fizyolojik olaylar, hastanın ağrı davranışını etkileyebilse de davranışları psikososyal değişkenlerden etkilenmeye ve değişmeye devam etmektedir. Davranışçı yaklaşıma göre en olağan durumda bile hastanın bildirdiği ağrı, geçmiş deneyimlerden ve mevcut durumdan etkilenen bir davranıştır (Fordyce, 1976). Kronik ağrının başarılı tedavisi, ağrıyı hafif düzeyde tanımlayan, günlük olarak üretken, rutin düzenine devam edebilen, aşırı duygusal yakınmalardan mustarip olmayan ve tıbbi tedavi hizmetlerini ihtiyatlı düzeyde kullanan bir hasta profili oluşturmak üzerine kurulmalıdır (Turk, 2002). Bilişsel Davranışçı terapi, kronik ağrı için kullanıldığında kronik ağrısı olan kişilerin davranışlarını, düşüncelerini veya duygularını yeniden yapılandırarak gündelik yaşantısında daha az sıkıntı yaşamalarına yardımcı olan, günlük olarak arzuladıkları yaşantıyı sürdürebilen ve üretken olmalarını sağlayan psikolojik ilkeleri uygulayan müdahaleler olarak tanımlanabilir (Keefe, 1996; Turk, 2003). Kronik ağrı için Bilişsel Davranışçı yaklaşım, günümüzde öz-yönetim perspektifinin geliştirilmesi amacıyla; gevşeme egzersizlerini, bilişsel yeniden yapılandırmayı, hedef belirlemeyi ve farkındalık temelli stratejileri de içermektedir. Algıyı ve emosyonel tepkiyi değiştirmeye yarayan bir diğer yaklaşım olan problem çözme becerileri eğitimi; duyarsızlaştırma, dikkat kontrolü, anda kalma temelli yaklaşımlar (mindfulness); aile içi veya sosyal iletişim becerileri gibi yaklaşımlar da kişinin kronik ağrı tedavisinde olumlu yol kat etmesi ve semptomların nüks etmesini önleme açısından önemlidir (Turner, Anderson, Balderson, Cook, Sherman ve Cherkin, 2016).

Çalışmamızın bu kısmına kadar kronik ağrı tedavisinde psikolojik yaklaşımlardan olan Bilişsel Davranışçı yaklaşımdan kısaca bahsedilmiş olup kronik ağrının aslında biyopsikososyal bir yakınma olduğunu ve bu aşamada kişinin sahip olduğu ağrı davranışlarının değişimiyle ilgili hem motivasyonel hem de davranışsal bileşenlerden bahsedilmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kronik ağrı davranışının değişiminde izlenen yolun ve değişim için sahip olunan motivasyonun anlatılacağı, çalışmamıza konu olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin de temelini oluşturan sağlık davranış kuramlarından biri olan Transteorik Model'den bahsedilecektir.

1.3.2. Motivasyonel Yaklaşımlar: Transteorik Model

Buraya kadar olan kısımda kronik ağrıyla ilgili; ağrının tanımı, etiyojisi, epidemiyolojisi, kronik ağrının değerlendirilmesi ve kronik ağrıyla ilgili biyopsikososyal açıdan uygulanan tedavi modalitelerini ele aldık. Bu aşamadan itibaren ise tez çalışmasına temel olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin de alt yapısını oluşturan sağlık davranış kuramlarından Transteorik Model'in; temel çerçevesini, değişimin evrelerini, değişimin süreçlerini, değişimin karar mekanizmasını (yarar-zarar dengesini) ve öz etkinlik kavramını ele alacağız.

1.3.2.1. Değişimin Evreleri

Prochaska ve DiClemente (1992) tarafından ilk olarak sigara bırakma davranışı üzerine çalışılmış olan bu modele göre; kişinin bir davranışın değişimiyle ilgili tutumları ve bu tutumların yanında niyetleri de önemlidir. Transteorik Model (TTM); güçlü müdahale teorilerine, değişim evrelerinin süreci ve ilkeleri bakımından entegre olduğundan dolayı Transteorik olarak adlandırılmaktadır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). İnsan davranışlarını kategorilere ayırmak ve davranışların kişiler arası özneliliğini bir sıralamaya sokmak her ne kadar uygun olmasa da birçok sağlık araştırmacısı, değişimin aşamaları kavramını yol gösterici bir şema olarak benimsemektedir (Prochaska ve DiClemente, 1992).

Transteorik Model, kişilerin sağlık davranışlarını değiştirme ve bu davranışları sürdürme aşamasında bazı fazlardan geçtiğini varsaymaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997). Modele göre, geçilen bu evrelerin her zaman doğrusal olmayacağı ifade edilmiştir (Weinstein, Sandman ve Blalock, 2008). Bu modele göre davranış değişimi bir sonuçtan ziyade bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu yönüyle TTM, diğer birçok önemli davranış değişim teori ve modelinden ayrılmaktadır. Değişim sürecini evrelere ayırarak ele alan TTM, araştırma ve müdahale geliştirme konusunda oldukça kuvvetli bir yardımcı müdahale modeli olarak kullanılmaktadır. TTM'nin evreleri ve içerdiği kavramların tanımlanmasındaki net tutum, evrelerin birbirinden ayrılmasındaki en önemli etken olan zaman kavramı ve bu kavramın modele kattığı evreler arası niceliksel farktır. Bu modelin ilk evreleri olan tasarlama öncesi, tasarlama ve hazırlık evreleri, niyet ve motivasyonu içeren evrelerken; sonraki evreleri olan hazırlık, eylem

ve sürdürme evreleri davranış değişimi ve değişen davranışın sürdürülmesini içeren kişinin ilk evrelere dönüşünün önüne geçilmesini amaçlayan evrelerdir (Sertel-Berk, 2018).

Bu model, davranışlarını değiştirmeye çalışan bireyleri inceleyerek bu kişilerin bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerini belirli değişim aşamalarıyla bütünleştirerek oluşturulmuştur. Bu modelin ilk evrelerinde; bilinçliliğin artırılması, kişinin kendini yeniden değerlendirmesi ve kişinin çevresel etkenleri yeniden değerlendirmesi gibi duygusal ve bilişsel süreçler yer alır. Karşıt koşullandırma, uyaran kontrolü ve pekiştirme gibi davranışsal süreçler, genelde bu modelin son evrelerinde kullanılan yöntemlerdir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Prochaska ve DiClemente'nin geliştirdiği bu model (1982), temel olarak sağlıklı olmayan davranışın değişiminde kişinin hangi aşamada olduğunu zamansal olarak beş evreye ayırmaktadır. Bu modele göre, insanlar yeni davranışlarını benimsemede değişme niyeti olmayan kişilerden (tasarlama öncesi) değişmeyi düşünen-tasarlayan kişilere (tasarlama), davranışı benimseyen, ancak henüz düzenli olarak davranışı değiştirmemiş eylemcilere (hazırlık) ve davranışı değiştirmiş (eylem), düzenli olarak bu davranışı devam ettiren sürdürücülere (sürdürme) dönüşür. Bu değişim teorisi, üç temel varsayıma dayanmaktadır. Bunlar; evreler arası niteliksel farklılıklar, değişimin kendi içindeki değişimi ve yaşanan değişimin geri döndürülemezliğidir (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve Velicer, 1997).

Bu evreleri kendi içinde ikiye ayırırsak ilk iki evreyi niyet evresi, sonraki evreleri ise davranış evresi olarak adlandırabiliriz (Prochaska ve DiClemente, 1982, Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Tasarlama öncesi evresinde niyet yokken tasarlama evresinde belirgin bir şekilde niyet ortaya çıkar. Eylem ve sürdürme evrelerinde ise evreleri birbirinden ayıran en belirgin fark, davranışın değişimi üstünden geçen süredir. Bu sebeple eğer kişi, davranışı değiştirmesinin üzerinden henüz altı ay geçmemişse eylem; altı ay ve daha uzun süre geçmişse sürdürme evresindedir diyebiliriz (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve Velicer, 1997). Bu evreler kısaca Tablo 1.1.'de özetlenmiştir.

Tablo 1.1. Transteorik Model'e Göre Değişimin Evreleri

Evreler	Evrelerin Tanımları
Tasarlama Öncesi	Kişi, değişime hazır değildir. Savunma ve inkâr mekanizmalarının motivasyonel yöntemlerle değişime ihtiyacı vardır.
Tasarlama	Değişim için düşünceleri hazırdır. Değişimin artı ve eksi yönleri üzerinde durmaya başlamıştır.
Hazırlık	Kişi, değişim için kararlıdır ve bu konuda araştırmalar yapmaya başlamıştır.
Eylem	Kişi, içinde bulunduğu altı aylık süre içerisinde değişimi gerçekleştirmiştir.
Sürdürme	Kişinin değiştirdiği davranışın üzerinden en az altı ay geçmiş ve o davranışa tekrar dönmekte kararlıdır.
Sonlandırma	Kişinin geçmiş davranışına dönme ile ilgili hiçbir niyeti yoktur.

(DiClemente ve Prochaska, 1982)

Transteorik Model'in temelini oluşturan evrelerden ilki, *Tasarlama öncesi* (precontemplation) evresidir. Bu evrede birey, gelecek altı ay içerisinde sağlıklı olmayan davranışı değiştirmeye ilgili herhangi bir düşünce ve davranışa sahip değildir. Tasarlama öncesi evresindeki kişiler genelde içinde bulundukları sağlıksız davranışın sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip değildirler, bilgisiz olabilirler veya bu davranışın sonuçlarını önemsemiyor olabilirler. Bu kişiler, bu davranış değiştirmeye ilgili geçmiş yaşantılarında başarısız olmuş ve gereken motivasyonu kaybetmiş olabilirler (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Her iki grup da risk içeren bu davranışları hakkında bilgilenmekten, konuşmaktan veya bu davranışlar üzerinde düşünmekten kaçınma eğilimindedir. Diğer yaklaşımlara göre dirençli veya davranışın değişimiyle ilgili düşük motivasyona sahip danışanlar olarak ele alınan bu kişiler; fiziksel tedavi, psikoterapi veya sağlık davranışlarının değişim ve geliştirilmesi programlarına hazır değildirler.

İkinci evre ise *Tasarlama* (contemplation) evresidir. Bu evrede kişi sağlık davranışından memnun değildir ve bu davranışı değiştirmeye ilgili gelecek altı ay içerisinde harekete geçme düşüncesine sahiptir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Değişimin olumlu yönlerinin farkında olan bu kişiler, aynı zamanda değişimin olumsuz yönlerinin de farkındadırlar ve bu iki yönlü farkındalık kişinin ambivalanslarının asıl sebebidir. Tasarlama evresinde kişilerin bir önceki evreden ayırt edici en belirgin özelliği, değişim için sahip olduğu niyettir. Bu aşamadaki kişilerle değişimin getireceği olumlu yanlar ve henüz değiştirmedikleri davranışın olumsuz yanlarının değerlendirilmesi, sahip olunan ambivalansın çözümlenmesinde kritik öneme sahip olacaktır.

Bir sonraki evre *Hazırlık* (preparation) evresidir ve bu evrede birey, sağlıklı olmayan davranışın değişimi için gelecek bir aylık zaman içerisinde tedavi almak ve uygulamak hakkında planlara sahiptir. Bu kişiler, içinde bulundukları süreçte sahip oldukları ve değiştirmek istedikleri davranışlarıyla ilgili bir sağlık eğitimi alma konusunda araştırmalara başlamıştır. Bu aşamada kişiler, konu hakkında bir danışmanla görüşme konusunda istekli olabilmekte ve doktorlarıyla bu konu hakkında fikir alışverişinde bulunabilmektedirler. Sahip olduğu çevreye, bu davranışı değiştirmeye ve bunun süreciyle ilgili düşüncelerini ifade edebilmektedirler. Bu kişiler; kendi kendine yardımcı olan, sahip olduğu davranışın değişimiyle ilgili makale, kitap veya internet araştırmaları yapan, kendini değiştirme yaklaşımına hizmet edecek eylem planları içerisinde bulunan kişilerdir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu kişileri tedavi sürecinde tutmak ve bu davranışı değiştirmek konusundaki motivasyonlarını destekleyici müdahaleler içinde bulunmak, bu aşamada uygulanması gereken ve kişiyi bir sonraki aşama olan eylem evresine hazırlayan önemli bir adımdır.

Dördüncü ve kritik evre ise *Eylem* (action) evresidir. Bu evreden itibaren kişi artık sahip olduğu niyet ve düşünceleri davranışa dönüştüreceğinden bu evrenin yapısı, daha çok davranışsal olarak düşünülebilir. Kişi bu evrede sağlıklı olmayan davranışı için gereken tedavi ve motivasyona sahiptir ve içinde bulunduğu altı aylık süre içerisinde sağlıklı olmayan davranışıyla ilgili gerekli değişimlere başlamıştır. Eylem evresi davranış değişiminin en somut görüldüğü aşama olmasından dolayı, davranış değişimiyle özdeşleşen evre olarak düşünülse de diğer evreler gibi TTM'nin sahip

olduğu altı evreden sadece bir tanesidir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu modele göre her gerçekleşen davranış değişimini eylem evresinde kabul etmek yanıltıcı olabilir. Bu evrede kişinin sahip olduğu davranışı değiştirmeye ilgili almış olduğu kararlar, yapmış olduğu tedavi başvuruları, tedavi uyumu ve bu konuda kat etmiş olduğu yolu destekleyerek kişinin değişen davranışıyla ilgili sahip olduğu motivasyonun sürdürülmesi ve pekiştirilmesi amaçlanır.

Bu kuramın davranışsal olarak son evresi ise *Sürdürme* (maintenance) evresidir. Bu evrede artık kişi, sağlıklı olmayan davranışını sağlıklı davranışla değiştirmiş ve bu değişimin gerçekleşmesi üzerinden en az altı ay en fazla beş yıl bir süre geçmiştir. Kişi artık sağlıklı davranışını sürdürmekte kararlıdır. Sürdürme evresi, insanların yaşam tarzlarında belirgin değişiklikler yaptıkları ve değiştirdikleri, davranışa geri dönmek için çabaladıkları evredir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu evreyi eylem evresinden ayıran en önemli iki noktadan birincisi, davranış değişiminin üzerinden en az altı ay süre geçmiş olmasıdır. İkincisi ise bu kişilerin, eylem evresindeyken değişimin üzerinde durdukları kadar uygulaması gereken konular üzerinde harcadıkları çabanın sürdürme evresinde azalmış olmasıdır. Bu kişiler artık davranışı değiştirmek için sahip olduğu motivasyon yerine, değiştirmiş olduğu davranışı sürdürme konusunda motivasyona sahiptirler.

Prochaska ve arkadaşlarının (2008) bahsettiği bu kuramın yapısal olarak son evresi ise *Sonlandırma* evresidir. Bu evrede artık kişi geçmiş sağlıklı olmayan davranışına dönmeye ilgili hiçbir niyet ve düşünceye sahip değildir. Aynı zamanda değiştirdiği davranışıyla yaşantısını sürdürme konusunda yüzde yüz emin ve kararlıdır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu evre, TTM'nin diğer evrelerine göre daha geri planda kalan, çalışmalara yeterince dâhil edilmeyen, aslında tedavide asıl hedeflenen ve kişilerin gerçekleştirmek istediği ideal davranış değişimini tarif eden evredir.

Buraya kadar olan bölümde Transteorik Model'in temel yapısından ve değişimin evrelerinden bahsedilmiş olup bir sonraki bölümde ise değişimin süreçlerinden kısaca bahsedilecektir.

1.3.2.2. Değişimin Süreçleri

İnsanların evreler boyunca ilerlemek için kullandıkları gizli ve/veya açık faaliyetlerinin tümüne değişim süreci denir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Değişim süreçleri, kişilerin davranış değişimi sürecinde evreden evreye geçişlerinde bağımsız değişkenler olarak ele alınan, bu kişiler için tasarlanan tedavi modalitelerine yön veren, danışmanla danışan arasındaki sürecin ilerleyişi ve bu ilerleyiş boyunca danışanın göstermiş olduğu davranış değişiminin konumlanışını belirleyen on farklı temel başlıktan oluşmaktadır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008; Prochaska ve Velicer, 1997). Bu başlıklara ve içeriklerine aşağıda kısaca değinilecektir.

Bilinçlenme; Belirli bir sağlıksız davranışın nedenleri, davranışı sürdürmenin ve değiştirmenin sonuçları ve bu davranışı değiştirmek için izlenebilecek tedaviler hakkında bilgilenmeyi kapsar. Danışanların, değişimin ilk evresi olan tasarlama öncesi evresinden tasarlama evresine geçişinde kullanılır (Norcross, Krebs ve Prochaska, 2011). Kişinin sahip olduğu davranışla ilgili farkındalığını artıracak müdahaleleri, okunabilecek kaynakları ve izlemesi gereken tedavi modalitelerini içerir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Duyusal rahatlama; Davranış değişimiyle ilgili sürecin başlangıcında sahip olunan endişe ve duygu durumunda görülen değişiklikler, yerini zamanla rahatlama bırakır. Tüm sahip olunan endişeler bir anda sönmese de zamanla davranış değişiminin kişinin duygularına eşlik etmesiyle bu yakınmaların da azalması beklenir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Kendini yeniden değerlendirme; Kişinin kendi davranışını değiştirme aşamasında hem davranışının hem de duygularının bir ayna yansımaya benzer şekilde farkına varması ve bu süreci kendi içinde değerlendirerek davranış değişiminin kendisine kattıkları ve kendisinden aldıklarının muhakemesi olarak tanımlayabiliriz (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Çevresel yeniden değerlendirme ise kişinin sahip olduğu davranışını değiştirmesinin sosyal çevresi ve insani ilişkilerindeki yeri ve öneminin değerlendirilmesidir. Bu süreci, davranışın değişmesiyle iş, aile ve sosyal çevresinin göstermiş olduğu olumlu ve olumsuz geri dönüşlerin, kişiyi gerek bilişsel gerekse duygusal olarak nasıl etkilediğinin değerlendirilmesi olarak ele alabiliriz (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Kendini Özgürleştirme; Kişinin sahip olduğu davranışı değiştirme adına, almış olduğu radikal kararlar ve bu kararların peşinden gitmek için ihtiyaç duyduğu motivasyonu içerir.

Sosyal Özgürleşme ise kişinin sahip olduğu sosyal yaşantısının ve içinde bulunmuş olduğu kültürel dinamiklerin, sahip olduğu davranışı değiştirme konusundaki kalıp yargılarının değişimi aşamasında göstermiş olduğu çabasıdır. Bu aşamada kişinin çabası kadar içinde bulunduğu sosyoekonomik ve kültürel şartların da değişimi ve getirileri önemlidir. Örneğin; Ortadoğu coğrafyasında yaşayan bir insanın alkol-madde tedavisine ulaşımıyla Avrupa coğrafyasında yaşayan bir kişinin tedaviye ulaşımı, sosyal güvencesinin bu tedavinin ekonomik yükünü üstlenmesi ve yaşadığı ülkenin izlediği politika, aynı kolaylığı sağlayamayabilir.

Karşıt Koşullandırma; Davranış değişiminin bu aşaması, daha çok davranışsal evre olarak kabul gören eylem evresine denk gelmektedir. Bu süreçte kişilerin sahip olduğu problemleri sağlık davranışlarının yerini, daha sağlıklı davranışların alması hedeflenir. Bu davranışları değerlendirirken hâlihazırda var olan davranışın yerini alacak davranışın artılarının daha cezbedici oluşu ve uygulanabilirliğinin kişinin motivasyonuna uygun seviyede oluşu göz önünde bulundurulmalıdır. Kişi, bu davranışlara uygun süreyi ayırabilmeli ve sürekliliği konusunda günlük yaşantısına adapte edebilecek programı danışmanı ile görüşme esnasında değerlendirip kararları kendisi almalıdır. Gevşeme egzersizleri, dikkat yönlendirme teknikleri ve duyarsızlaştırma gibi yöntemler, bu koşullandırmalara örnek olarak verilebilir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Uyaran Kontrolü; Kişilerin sağlıksız davranışlarını hatırlatan ve bu konuda istek uyandıran ipuçlarının yerini, sağlıklı davranışlarını hatırlatacak uyarıcıların alması beklenir. Bu davranış değişimi sürecinde uygulanacak yöntemle eylem evresi olarak tanımlanan davranışın değişiminden sonraki altı aylık süreç içerisinde, kişiyi Sürdürme evresine taşımak amaçlanır. Uyaran kontrolüne bir örnek vermek gerekirse, gün ağardığında odaya girecek güneş ışığını engelleyen perdelerin uyku hâlini devam ettirmesi konusunda uyaran olması yerine, perdelerin gün ışığını alacak şekilde tercih edilmesi yatakta geçirilecek zamanı azaltarak duygu durum bozukluklarında olumlu bir uyarıcı olabileceği örneğini verebiliriz. Davranışı sürdüren çevreyi yeniden yapılandırma ve benzer durumlarda kendisine yardım etmeye çalışan kişilerle gruplar

hâlinde diyalog kuracak ortamlar, değişimi destekleyen ve değiştirilen sağlıksız davranışa geri dönmeyi engelleyen bazı yardımcı yöntemlerdir (Prochaska ve ark. 2008). *Edimsel yöntem*; Sağlık davranışının değişimiyle süreci devam ettiren kişilerde cezalandırmayla ilgili bazı yaşantılar deneyimlense bile ödül ceza ilişkisinde ödülün, cezadan daha iyi bir pekiştireç olduğu düşünülmektedir (Fordyce, 1986). Kişinin gerek yeme davranışı gerekse yapması gereken egzersizleri erteleme gibi sağlıksız davranışları değiştirme aşamasında ödül, kişinin değişiminde motivasyonel süreci destekleyici olmalıdır. Değişen davranışın sürdürülmesinde yardımcı olması için seçilen ödüllerin kişiye has ve içinde bulunulan evreye özgü olması önemlidir. Bu da iyi bir değerlendirmeyi gerektirir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Yardımcı ilişkiler; Sağlıklı bir davranışın değişimi ve değişen bu davranışın sürdürülmesinde içinde bulunulan aile ve sosyal yaşantı gibi çevrenin destekleyici, empatik ve yargısız kabulü, davranış değişimi için kişinin moral ve motivasyonunu arttıran anahtar noktadır. Kişinin sosyal destek aldığı eş, aile, arkadaş ve terapötik ilişkiler, bu davranışın değişimi ve değişen davranışın sürdürülmesindeki ivmeyi hızlandıran bir güç olarak kişiye geri döner (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Buraya kadar olan bölümde değişimin süreçlere kısaca değinilmiş olup hangi evrede kişilerin sahip olduğu davranışın değişimiyle ilgili nasıl süreçlerden geçtiğinden bahsedilmiştir. Bir sonraki bölümde değişimin diğer anahtar noktası olan karar verme aşamasında kurulan yarar-zarar dengesinden bahsedilecektir.

1.3.2.3. Değişimin İşaretleri: Karar Dengesi (Yarar-Zarar Dengesi)

Transteorik Model'e göre değişimin gerçekleştiğine dair iki tür işaret vardır. Bunlardan biri, değişimin olumlu yanlarıyla olumsuz yanlarının karar mekanizmasında oynadığı motivasyonel süreçleridir. Bir diğeri ise kişinin bir davranışı değiştirmeyi gerçekleştirebileceğine dair olan inancını ifade eden öz etkinlik kavramıdır.

Karar mekanizmasını ele alırken TTM temelli olan motivasyonel görüşme tekniklerini kullanabilmek oldukça açık ve faydalı olacaktır (Miller ve Rollnick, 2009). Karar dengesi kişinin tercihlerine odaklanan, değişimin avantajlarını ve dezavantajlarını ele alan bir tekniktir. Bu değerlendirme aşamasında danışanın,

danışman tarafından tarafsızca dinlenilerek ambivalansı ortaya çıkarıldığında, süreç değişime doğru evrilir. Sağlıklı olmayan davranışın değişimiyle ilgili niyetinin olduğu Tasarlama evresinde kişiler, genellikle değişimle ilgili çokça düşünmeye ve araştırmaya başlar. Bu evrenin, kişilerde oldukça vakit aldığı durumlar olabilmektedir. O hâlde yapılması gereken, kişinin Tasarlama evresinden Eylem evresine taşınmasında köprü görevi görebilecek bir yaklaşım olarak, yarar-zarar dengesinin konuşulmasıdır (Miller ve Rollnick, 2009).

Karar dengesinde kişi, değişmekle değişmemek arasındaki iki uç noktayı değerlendirmeye başlar. Bu yöntemle göre kişinin terapötik süreç içerisinde soyut düşüncelerini dört ana başlıkta yazarak değerlendirmesi istenir. Danışmanın yargısız ve yorumsuz bir şekilde danışan tarafından yazılanların üzerinde tek tek durması ve bu yazılanları danışan merkezli görüşme tekniğiyle geri döndürmesi, süreci başarıya ulaştıracak önemli noktalardandır (Miller ve Rollnick, 2012). Bu dört ana başlığı ele alacak olursak ilki; var olan şimdiki davranışın iyi olan yönlerinin ele alınarak, bu iyi olan yönlerin maddeler hâlinde yazılmasıdır. İkinci aşamada, kişinin, içinde bulunduğu davranışın o kadar da iyi olmayan yönlerini maddeler hâlinde yazarak değerlendirmesi istenir. Bu süreçlere müdahil olmamak ve düşünceleri kişinin kendi iradesine bırakmak önemlidir. Üçüncü aşamada, kişinin içinde bulunduğu davranışı değiştirdiğinde karşılaşılabileceği durumların ve davranışın neticelerine dair iyi olmayan sonuçların neler olabileceği sorgulanır. Dördüncü ve son aşamada ise, kişinin sahip olduğu davranışı değiştirdiğinde gerçekleşebilecek değişimlerin olumlu yönlerinin neler olabileceğini değerlendirip maddeler hâlinde yazması istenir. En son olarak ise tüm bu davranışın sürmesi veya değişmesiyle ilgili olumlu ve olumsuz yanların özetlenerek tekrar üzerinden geçilmesi sağlanır (Prochaska ve ark., 2008). Tüm bu yazılanları ağırlı davranış üzerinden ele almak amacıyla bir karar dengesi alıştırmaları Tablo 1.2.'de sunulmuştur.

Tablo 1.2. Karar Dengesi Alıştırması

Davranışı		Davranışı	
Değiştirmeme Nedenleri		Değiştirme Nedenleri	
Yararlar	Maliyetler	Yararlar	Maliyetler
Ağrım varken eşim benimle daha çok ilgileniyor.	Çocuklarıma ve sosyal yaşantıma yeterince vakit ayıramıyorum	Yatakta geçirdiğim zamanı çocuklarıma ve sosyal yaşantıma ayırabilirim.	Eşimin bana olan ilgisi azalabilir.

1.3.2.4. Öz Etkinlik ve Çeldiriciler

Öz etkinlik kavramı, kişinin bir davranışı değiştirmesiyle ilgili olarak, değişimi gerçekleştireceğine dair kendisine olan inancı şeklinde tanımlanmıştır (Bandura, 1989). Kişinin sahip olduğu öz etkinlik seviyesi, değişimin ateşleyicisi olarak değerlendirilebilir. Bu kavram, Transteorik Model'e Bandura'nın öz etkinlik teorisinden dahil edilmiştir (Prochaska ve ark., 2008). Kişinin sahip olduğu bir davranışı değiştirmeye ilgili kendisine olan inancı, davranış değişiminin her aşamasında farklı seviyelerde karşımıza çıksa da süreç içerisinde artırılması tedavi seviyesinde önem taşır. Öz etkinlik kavramı, davranış değişimini içeren eylem evresinde olduğu gibi aynı zamanda değişen davranışa geri dönmede kişiyi çeldiricilerle baş etme konusunda güçlü kılan içsel bir motivasyon kaynağıdır. Kişiler davranış değişikliği yönünde değişim evrelerinde ilerledikçe, değişen davranışın yararlarına dair algılarının artması, davranışın değişiminde ortaya çıkacak zararlara karşı inanç sıklığının azalması, çeldiricilere rağmen öz etkinlik inançlarının yükselmesi, değişen davranışla ilgili kazanılan becerilerin uygulanması ve bu değişen davranışın sürdürülmesine dair motivasyonunun artması beklenmektedir (Sertel-Berk, 2018).

Sonuç olarak yukarıda kısaca yapısına, evrelerine, değişim süreçlerine ve motivasyonel mekanizmalarına değindiğimiz Transteorik Model'in bir teoriden ziyade gelişimi ve aşamalarının zaman temeliyle bir model olarak uygulanabilirliği, dünya genelinde yaygınlaşmaktadır. TBir sonraki bölümde ise Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin temelinde yer alan Ağrı Değişim Evreleri Modelinden bahsedilecektir.

1.4. Ağrı Değişim Evreleri Modeli

Yukarıda ağrıya yönelik davranış değişim evreleriyle kişilerin tedavi motivasyonlarının ne durumda olduğunu değerlendiren Kerns'ün (1997), Ağrı Değişim Evreleri Modelinin temelini oluşturan evre modellerinden TTM'nin bileşenleri tanımlanmıştır. Bu aşamada ise TTM'nin değişim evrelerinin yapısını içinde barındıran Kerns'ün (1997) Ağrı Değişim Evreleri Modelinden kısaca bahsedilecektir.

Günümüzde kronik ağrı hastalarının ağrıyı kendi kendine yönetmesi yaklaşımını benimseyen psikolojik tedaviler daha geleneksel olan tıbbi müdahalelere alternatif olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak kronik ağrı hastalarının birçoğunun bu tedavilere ulaşımı ve katılımının sınırlı oluşu, bu tedavilerin yaygınlığı için kısıtlayıcı olmuştur. Bu sebeptendir ki kronik ağrı hastalarının devam eden tedavileriyle ilgili tedaviyi bırakma ve ağrı semptomlarının nüks etme sıklıklarının fazlalığı da oldukça dikkat çekmektedir. Bu kişilerin tespiti ve görmüş oldukları tedavilere karşı gösterdikleri uyumu artırıcı yöntemlerin geliştirilmesi, bir takım motivasyonel tedavi modalitelerinin meydana çıkması için zemin hazırlamıştır (Kerns ve Rosenberg, 2000).

Temeli TTM'ye dayanan ve ilk olarak Kerns ve arkadaşları tarafından geliştirilen Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği kapsamında ele alınan bu model (Kerns ve ark., 1997, 2000), kişinin kronik ağrıyla kendi kendine baş etme motivasyonunun olup olmadığının ve sahip olunan bu değişim motivasyonunun ne seviyede olduğunun tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu modelin temelini oluşturan TTM'ye göre kişiler sahip oldukları sağlıklı davranışın değişimi için farklı evrelerde yer almaktadır (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu model

geliştirilirken ağrı yaşantısını kendi kendine yönetmeyle ilgili direnç sahibi kişilerin, bu tür yaklaşıma daha hazır olan hastalara göre bilişsel davranışçı terapi gibi danışanın aktif rol alacağı tedavi yöntemlerine katılımı ve tedaviyi sürdürme olasılıklarının daha düşük olacağı varsayılmıştır (Kerns ve ark., 1997).

Ağrı Değişim Evreleri Modelinin amacı, ağrıyla ilgili değiştirilmesi gereken davranışlar için kişilerin sahip olduğu motivasyonun seviyesini tespit etmektir (Kerns ve ark., 1997). Bu amaçlar doğrultusunda Kerns ve arkadaşları (1997), mevcut tez çalışmasına da konu olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğini (Pain Stages of Change Questionnaire) geliştirmiştir. Bu ölçeğin ilk ortaya çıkışında Kerns ve arkadaşları (1997), evre modellerinden olan TTM'den, yapmış oldukları geçmiş deneysel çalışmalardan, kronik ağrı vakalarıyla gerçekleştirdikleri klinik çalışmalardaki gözlemlerinden ve kronik ağrıyla ilgili bilişsel-davranışçı ve deneysel literatürden yararlanmışlardır (Kerns ve ark., 1997). Bu modele göre; kronik ağrı hastası olan bazı kişiler sahip oldukları ağrının tamamen tıbbi bir problem olduğuna inanıp bu inancı sürdürürken, bazı kişiler ise kronik ağrı tedavisinde tıbbi müdahalelerin tedavinin ancak bir kısmı olduğuna, buna ek olarak da kronik ağrı tedavisinde birey tarafından yönetilmesi gereken bazı noktaların olduğu inancına sahiptirler (Kerns ve Rosenberg, 2000).

Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından geliştirilen TTM üzerine kurulan bu model, kişilerin davranışı değiştirme evrelerinin beş yapı üzerine kurulduğundan bahseder (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Bu evreler kısaca; Tasarlama öncesi (kişinin gelecek altı ay içerisinde davranışı değiştirmeyeyle ilgili hiçbir niyete sahip olmaması), Tasarlama (kişinin gelecek altı ay içerisinde sahip olduğu davranışı değiştirmeyeyle ilgili niyete sahip olması), Hazırlık (kişinin gelecek bir ay içerisinde sahip olduğu davranışı değiştirmesiyle ilgili niyetinin ve bununla ilgili hazırlıklarının olması), Eylem (kişinin sahip olduğu davranışı değiştirmesiyle ilgili içinde bulunduğu altı aylık süre içerisinde harekete geçmiş olması) ve Sürdürme (kişinin sahip olduğu davranışı değiştirmesinin üzerinden en az altı aylık sürenin geçmesi) evreleri olarak tanımlanmaktadır.

TTM'nin bu yapısı doğrultusunda Kerns ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği, davranışlarında değişiklik yapmayı düşünen kişileri aktif adımlarla birer eylemciye ve bu davranışları değiştiren kişileri ise değiştirdikleri davranışları sürdüren birer sürdürücüye dönüştürmeyi, bununla birlikte dönüştürme sürecinde bir dizi evreyi kavramsallaştırarak tespit etmeyi amaçlamaktadır (Kerns ve ark., 1997). Bu model, aynı zamanda kronik ağrıya sahip kişinin içinde bulunduğu değişim aşamasına göre en uygun tedavi modalitesinin ne olacağının tespitini yapabileceğini öngörmektedir. Örneğin; Tasarlama öncesi evresinde bulunan bir kişi için danışan merkezli terapi yöntemlerinin daha etkin olabileceği, bunun yanı sıra eylem evresinde olduğu tespit edilen bir kişi için ise davranışçı terapi yöntemlerinin daha etkin olabileceği bildirilmektedir (Kerns ve ark., 1997). Kerns ve Rosenberg (2000), ADEÖ'nün tasarlama öncesi ve tasarlama puanlarını temele alarak hastalar üzerine bir çalışma yapmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda ADEÖ'nün, tedavilerini tamamlayan hastaları, tedavilerini tamamlamayan hastalardan ayırt edebildiği bildirilmiştir (Kerns ve Rosenberg, 2000).

Otuz madde ve dört faktörden oluşan ADEÖ ile kişilerin kronik ağrıyla başa çıkma sürecinde kendi payına düşen sorumluluklarını ne ölçüde kabul ettiklerini ve sahip oldukları kronik ağrıyla ilgili davranışlarını ne ölçüde değiştirmeyi düşündüklerini tespit etmek amaçlanır (Kerns ve Rosenberg, 2000). Bu ölçeğe göre tasarlama öncesi evresi puanları yüksek olan kişiler, sahip oldukları ağrıyla ilgili iç kontrollerinin çok düşük olduğunu düşünen, değişmesi gereken davranışlarla ilgili hiçbir niyeti olmayan kişileri tanımlamaktadır. Buna karşın, tasarlama evresi puanları yüksek olan kişiler ise sahip oldukları ağrıyla ilgili alması gereken sorumlulukların ve değiştirmesi gereken davranışların farkındalığının artmaya başladığı, tedavi sürecinde atılmış ilk adımı temsil eder. Bu ölçeğe göre eylem evresindeki kişiler ise artık sahip oldukları ağrılarıyla ilgili kendi kendine yönetebileceği konularda sorumluluklar almış ve bu sorumluluklar doğrultusunda değiştirmesi gereken davranışları değiştirmiş, tedavileriyle ilgili aktif katılımcı olan kişileri temsil ederken, sürdürme evresindeki kişiler ise artık ağrılarıyla kendi kendine baş etme tekniklerini uygulayan ve yapmış olduğu davranışsal değişiklikleri hayatının bir rutini hâline getiren kişileri temsil etmektedir (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve Rosenberg, 2000; Strong ve ark., 2002).

Kerns ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ADEÖ'nün orijinal çalışmasında 241 kişilik katılımcı grubunun %57,5'i kadın, %42,5'i erkeklerden oluşurken tüm bu katılımcıların ortalama yaşlarının 45,3 olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların kronik ağrı dağılımlarının ise %40,2'sinin sırt ağrısı, %20,5'inin baş/boyun/omuz ağrısı ve %18,8'inin ise bacak ağrısından mustarip kişilerden oluştuğu bildirilmiştir (Kerns ve ark., 1997). Kişilerin sahip oldukları kronik ağrılarının tedavisini kendi kendine yönetmelerine hazır oluşlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmanın geliştirilmesinde, ilk aşamada katılımcılara TTM temeline ve klinik gözlemlere dayalı olarak geliştirilen ve 49 maddeden oluşan bir ölçek uygulanmıştır. Bu ölçekteki her bir madde, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde beşli likert tipi olarak kodlanmaktadır. Bu 49 maddenin dağılımlarına bakıldığında beş tanesinin normal dağılmadığı tespit edilerek çıkartılmasına karar verilmiştir. Daha sonra kalan maddelerden ikisinin çift faktöre yüklendiği tespit edilerek yine ölçekten çıkartılmıştır. Bir sonraki aşamada ise kalan her bir madde için Cronbach alfa iç tutarlık değerlerine bakılmış ve madde toplam puan korelasyonu .30'un altında olan maddeler ya da birbirleriyle .70'ten yüksek korelasyona sahip maddeler de ölçekten çıkartılmıştır. Tüm bu kriterler sonrasında ise sekiz madde daha ölçekten elenmiştir. Son olarak kalan 34 maddeyle yapılan Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları ve her bir faktörün madde sayıları; tasarlama öncesi .77 (yedi madde), tasarlama .64 (beş madde), hazırlık .73 (beş madde), eylem .86 (altı madde) ve sürdürme .88 (on bir madde) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda sürdürme faktörünün madde sayısının beklenenden fazla çıkması sonucu, madde sayısının azaltılması amacıyla yeniden incelenmiş ve bu faktördeki on bir maddeden yedisinin kişinin değiştirdiği davranışlarla ilgili olduğu bulunmuştur. Kalan dört maddenin ise hastanın kronik ağrıyla ilgili algıladığı kontrolün derecesine odaklandığı sonucuna varılmıştır. Bu sebeple hastanın kronik ağrı üzerinde algıladığı kontrolün derecesine odaklanan bu dört maddenin de ölçeği davranışsal ekseninde tutabilmek adına çıkartılmasına karar verilmiştir. Son hâliyle sürdürme evresinde kalan yedi maddenin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısına tekrar bakılmış ve .86 olarak hesaplanmıştır (Kerns ve ark.,1997).

Son olarak mevcut ölçeğin geçmiş teorik ve deneysel temeline dayanarak 30 madde ve beş faktörden oluşan modeli, doğrulayıcı faktör analiziyle sınanmıştır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, tasarlama faktörü ile hazırlık faktörü birbiriyle oldukça ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkinin kuvveti göz önüne alınarak tasarlama faktörü ile hazırlık faktörü birleştirilmiş ve 10 maddeli tek bir faktör olarak doğrulayıcı faktör analizi tekrar edilmiştir. Bu faktör 10 maddeli hâliyle tasarlama faktörü olarak adlandırılmış ve Cronbach alfa değeri .82 olarak hesaplanmıştır. Son hâliyle oluşan dört faktörlü ve 30 maddeli modelin uyum iyiliği değerleri de oldukça kuvvetli bulunmuş ve ölçek bu hâliyle kabul edilmiştir (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve Rosenberg, 2000).

Öte yandan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin diğer kültürlerde gerçekleştirilen adaptasyon çalışmalarına kısaca baktığımızda; Almanya da 247 katılımcı ile gerçekleştirilen adaptasyon çalışmasının faktörleri ve Cronbach alfa güvenirlik katsayıları tasarlama öncesi faktörü .68, hazırlık faktörü .76, eylem faktörü .76 ve sürdürme faktörü .68 şeklinde gerçekleşmiştir. 17 maddeden ve 4 faktörden oluşan bu versiyon Freiburg Questionnaire-Stages of Chronic Pain Management (Freiburg Ölçeği-Kronik Ağrı Yönetimi Evreleri) olarak adlandırılmıştır. Bu çalışma faktör yapısı itibariyle orijinal çalışmaya benzer şekilde TTM'in önerdiği evre modelini destekler niteliktedir (Maurischat ve ark., 2006). ADEÖ'nün Japon kültüründe 201 kronik ağrı hastasıyla gerçekleştirilen adaptasyon çalışmasına baktığımızda ise, orijinal ölçek yapısına benzer şekilde dört faktörlü bir yapı olduğu ifade edilmiştir. Japon kültüründe gerçekleştirilen bu çalışmada faktörlerin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla tasarlama öncesi .72, tasarlama .77, eylem .80 ve sürdürme .80 olarak bildirilmiştir (Adachi ve ark., 2019). Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin İtalyan kültüründe 308 kronik bel ağrısı örnekleme ile gerçekleştirilen adaptasyon çalışmasında ise yine orijinal çalışmaya benzer şekilde dört faktörlü bir yapıdan söz edilmektedir (Monticone ve ark., 2014). Faktör yapısı itibariyle orijinal çalışmadan farklı olan adaptasyon çalışmalarına baktığımızda ise İngiliz toplumunda gerçekleştirilen versiyon eylem ve sürdürme faktörlerinin evreleri birbirinden ayırt ediciliğinin düşük olduğu ve bu faktörün birbiriyle olan pozitif korelasyonlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sebeplerden dolayı tek faktöre yüklenmiş olan

toplamda üç faktörlü bir yapıdan bahsedilmiştir (Carr ve ark., 2006). Norveç'te 231 kişilik kronik ağrı hastası örnekleme ile gerçekleştirilen çalışmada ise yine aynı sebeplerden dolayı eylem ve sürdürme faktörleri tek bir faktör olarak kabul edilmiş olup, sonuç olarak üç faktörden oluşan bir yapıdan söz edilmiştir (Roe ve ark., 2014). ADEÖ'nün diğer toplumlarda gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmaları içerisinde bir diğer dikkat çeken çalışma ise Avustralya versiyonudur. 107 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmaya göre ise tasarlama faktörünün diğer faktörlerle hiçbir ilişkisinin olmadığı, tasarlama öncesi faktörünün ise eylem ve sürdürme faktörleri ile negatif yönde güçlü ilişkisinin olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra eylem ve sürdürme faktörlerinin ise diğer toplumlarda gerçekleştirilen çalışmalarda olduğu gibi evreleri birbirinden ayırmada başarısız olduğu ve birbirleriyle yüksek korelasyon değerlerine sahip olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın dört faktörünün tek tek ele alındığında düşük iç tutarlık güvenirlik katsayı değerlerine sahip olması araştırmacıları farklı bir model arayışına yönlendirmiştir. Bu model, tasarlama boyutunun diğer boyutlardan bağımsız şekilde tek bir faktör, tasarlama öncesi boyutunun ters puanlarının, eylem ve sürdürme boyutuyla birlikte tek faktör olacak şekilde toplamda iki faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır. Üç boyuttan oluşan ikinci faktör "Engagement" olarak adlandırılmıştır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tasarlama faktörü için .84 olarak gerçekleşirken, engagement faktörü için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .64 olarak gerçekleşmiştir (Strong ve ark., 2002).

Mevcut çalışmanın amacı, temeli TTM'ye dayanan Ağrı Değişim Evreleri Modeli kapsamında geliştirilen ve ağrı tanı-tedavisi sürecinde kişilerin kronik ağrı tedavisinde sahip oldukları davranışın değişimiyle ilgili motivasyonlarının hangi aşamada olduğunu tespit edebilecek bir ölçüm aracı kabul edilen Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe adaptasyonunun gerçekleştirilmesidir.

1.5. Amaç ve Hipotezler

Bu çalışmanın amacı Kerns ve arkadaşlarının geliştirdiği (1997), kronik ağrı tanısı almış olan bir grup katılımcının ağrı tedavilerine yönelik motivasyon düzeyinin belirlenmesinde kişinin hangi değişim evresinde olduğunu tespit etme amacını taşıyan

Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (Pain Stages of Change Questionnaire) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Bu temel amacın dışında kronik ağrı tanısı almış örneklemimizde, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin Ağrı Değişim Evreleri ölçek puanları ile ilişkisine bakılacaktır.

1.5.1. Genel Hipotez

“Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği” Türkiye’de yaşayan bir grup kronik ağrı hastasının, Transteorik model temelinde davranış değişim motivasyonunun hangi evrede olduğunu tespit etmeye yarayan geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

1.5.2. İşlemsel Hipotezler

1.5.2.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Geçerlik Çalışması

Hipotez 1 Yapı Geçerliği Kapsamında Madde Analizi: Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin her bir alt boyutunda yer alan her bir maddenin, toplam puanla olan korelasyonu en az .20 düzeyinde olacaktır.

Hipotez 2 Yapı Geçerliği Kapsamında Faktör Analizi: Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği, orijinal çalışmada olduğu gibi Tasarlama öncesi, Tasarlama, Eylem ve Sürdürme olmak üzere dört faktörlü bir yapı gösterecektir.

Hipotez 3 Yapı Geçerliği Kapsamında Doğrulayıcı Faktör Analizi: Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen son faktör yapısı Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)’de ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda beklenen model ile kıyaslandığında kabul edilebilir uyum iyiliği istatistiği değerlerine sahip olacaktır.

Hipotez 4 Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alt Faktörleri Arasındaki İlişkiler:

H.4.a. Tasarlama öncesi faktörü ile Tasarlama faktörü arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

H.4.b. Tasarlama öncesi faktörü ile Eylem faktörü arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

H.4.c. Tasarlama öncesi faktörü ile Sürdürme faktörü arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

H.4.d. Tasarlama faktörü ile Eylem faktörü arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

H.4.e. Tasarlama faktörü ile Sürdürme faktörü arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

H.4.f. Eylem faktörü ile Sürdürme faktörü arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olacaktır.

Hipotez 5 Yapı Geçerliği Kapsamında Diğer Ölçekler ile Olan İlişkiler:

H.5.a. Ağrı Değişim Evreleri ölçeği alt faktörü olan Tasarlama Öncesi Evre puanları yükseldikçe:

H.5.a.i. Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar alt test puanları da azalacaktır.

H.5.a.ii. Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutu olan Aktif baş etme test puanları azalacak, Pasif baş etme test puanları artacaktır.

H.5.a.iii. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutu olan Kendine Güvenli yaklaşım, İyimser yaklaşım, Sosyal Destek Arama alt test puanları azalacak, Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt test puanları artacaktır.

H.5.a.iv. Hasta Sağlık Anketi alt boyutu olan Genel Sağlık, Genel Anksiyete, Panik Bozukluk ve Depresyon test puanları artacaktır.

H.5.a.v. SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutu olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Enerji/Canlılık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Bedensel Ağrı ve Genel Sağlık test puanları azalacaktır.

H.5.b. Ağrı Değişim Evreleri ölçeği alt faktörü olan Tasarlama Evre puanları yükseldikçe:

H.5.b.i. Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar alt test puanları da artacaktır.

H.5.b.ii. Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutu olan Aktif baş etme test puanları artacak, Pasif baş etme test puanları azalacaktır.

H.5.b.iii. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutu olan Kendine Güvenli yaklaşım, İyimser yaklaşım, Sosyal Destek Arama alt test puanları artacak, Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt test puanları azalacaktır.

H.5.b.iv. Hasta Sağlık Anketi alt boyutu olan Genel Sağlık, Genel Anksiyete, Panik Bozukluk ve Depresyon test puanları azalacaktır.

H.5.b.v. SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutu olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Enerji/Canlılık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Bedensel Ağrı ve Genel Sağlık test puanları artacaktır.

H.5.c. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği alt faktörü olan Eylem Evresi puanları yükseldikçe:

H.5.c.i. Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar alt test puanları da artacaktır.

H.5.c.ii. Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutu olan Aktif baş etme test puanları artacak, Pasif baş etme test puanları azalacaktır.

H.5.c.iii. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutu olan Kendine Güvenli yaklaşım, İyimser yaklaşım, Sosyal Destek Arama alt test puanları artacak, Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt test puanları azalacaktır.

H.5.c.iv. Hasta Sağlık Anketi alt boyutu olan Genel Sağlık, Genel Anksiyete, Panik Bozukluk ve Depresyon test puanları azalacaktır.

H.5.c.v. SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutu olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Enerji/Canlılık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Bedensel Ağrı ve Genel Sağlık test puanları artacaktır.

H.5.d. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği alt faktörü olan Sürdürme Evresi

puanları yükseldikçe:

H.5.d.i. Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar alt test puanları da artacaktır.

H.5.d.ii. Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt testi olan Aktif baş etme test puanları artacak, Pasif baş etme test puanları azalacaktır.

H.5.d.iii. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt testi olan Kendine Güvenli yaklaşım, İyimser yaklaşım, Sosyal Destek Arama alt test puanları artacak, Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt test puanları azalacaktır.

H.5.d.iv. Hasta Sağlık Anketi alt testi olan Genel Sağlık, Genel Anksiyete, Panik Bozukluk ve Depresyon test puanları azalacaktır.

H.5.d.v. SF-36 Sağlık Taramasının alt testi olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, Enerji/Canlılık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Bedensel Ağrı ve Genel Sağlık test puanları artacaktır.

1.5.2.2. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Güvenirlik Çalışması

Hipotez 6 Güvenirlik Çalışması Kapsamında İç Tutarlık Hipotezleri:

H.6.a. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörlerinin maddeler arası tutarlık (iç tutarlık) Cronbach Alpha katsayısı yüksek olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı-Ağrı Polikliniği'ne, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı bünyesinde bulunan Çene Polikliniği'ne, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı bünyesindeki Pelvik Ağrı Polikliniği'ne ağrı şikâyetiyle başvuran 150 kişiden yüz yüze ve en az altı aydır ağrısı olduğunu bildiren 36 kişiden internet ortamında veriler toplanmış olup aşağıda belirtilen işleme ve dışlama kriterlerine uyan 186 kişi bu gruba dâhil edilmiştir:

İşleme Kriterleri;

- 18-65 yaş arası olmak.
- Verilen form ve ölçekleri anlamalarına yetecek bilişsel becerilere sahip olmak.
- Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın (IASP) kronik ağrı tanımına uygun olarak (1988) ağrı uzmanları tarafından yapılan medikal değerlendirme ve gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda, herhangi bir kronik ağrı tanısı almış veya tanısı olmasa dahi en az altı aydır ağrı şikâyeti olduğunu bildiren, çalışmaya katılmaya istekli 186 kişi, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak bu gruba dâhil edilmiştir.

Dışlama Kriterleri:

- DSM 5'in tanı ölçütlerine göre şu an itibarıyla bipolar bozukluk ya da herhangi bir psikotik bozukluk tanısı alan,
- Herhangi bir kanser tanısı almış olan,
- 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olan,

- 6 aydan daha kısa süreli olarak ağrı şikâyeti olan kişiler, çalışma grubuna dâhil edilmemiştir.

Katılımcıların ağrı türleri ve sosyo demografik değişkenlerinin dağılımlarını içeren bilgiler Tablo 2.1’de sunulmuştur.

Tablo 2.1. Katılımcıların Ağrı Türü, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Medeni Durumu ve Yaş Dağılımı

		% (N)
Ağrı Türü	Birden fazla	28.5 (53)
	Çene Ağrısı	14.5 (27)
	Bel Ağrısı	13.4 (25)
	Baş Ağrısı	12.4 (23)
	Pelvik Ağrı	8.6 (16)
	Fibromiyalji	6.5 (12)
	Sırt Ağrısı	3.2 (6)
	Omuz Ağrısı	3.2 (6)
	Diz Ağrısı	2.7 (5)
	Kol Ağrısı	2.2 (4)
	Bacak Ağrısı	2.2 (4)
	Ayak Ağrısı	1.6 (3)
	Boyun Ağrısı	1.1 (2)
Cinsiyet	Kadın	74.7 (139)
	Erkek	25.3 (47)
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	40.4 (75)
	Ortaokul	12.4 (23)
	Lise	22 (41)
	Üniversite	23.7 (44)
	Lisansüstü	1.6 (3)
Medeni Durum	Evli	69.9 (130)
	Bekar	20.4 (38)
	Boşanmış	6.5 (12)
	Diğer	3.2 (6)
Yaş	18-30	12,4 (23)
	31-40	27 (50)
	41-50	32.8 (61)
	51-60	24.9 (46)
	61-65	3.1 (6)

Yukarıda bahsedilen işleme ve dışlama kriterleri doğrultusunda araştırmaya katılanların %74,7'si (n=139) kadın, %25,3'ü (n=47) ise erkektir. Toplam katılımcıların yaş ortalamaları 43,4 (sd=10,4)'dür. Kadın katılımcıların yaş ortalamaları 43,2 (SD=10,37), erkek katılımcıların yaş ortalamaları ise 43,8 (SD =10,59)'dir. Bu katılımcılardan %12,4'ü 18-30 yaş aralığında (n=23), %27'si 31-40 yaş aralığında (n=50), %32,8'i 41-50 yaş aralığında (n=61), %24,9'u 51-60 yaş aralığında (n=46) ve %3,1'i ise 61-65 yaş aralığındadır (n=6). Katılımcıların %69,9'u (n=130) evli, %20,4'ü (n= 38) bekâr, %6,5'i (n=12) boşanmış ve %3,2'si (n=6) ise diğer medeni hâl durumuna sahiptir. İlkokul veya daha düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların oranı %39,3 (n= 73), ortaokul mezunu katılımcı oranı %12,4 (n=23), lise mezunu katılımcı oranı %22 (n=41), üniversite mezunu katılımcı oranı %23,7 (n=44) ve lisansüstü düzeyinde eğitim seviyesine sahip katılımcı oranı ise %1,6'dır (n=3).

Ağrı türünün dağılımına bakıldığında katılımcıların %28,5'i (n=53) birden çok ağrı türü bildirmiştir. Tek tür ağrı bildirenlerin dağılımı ise %14,5 çene ağrısı (n=27), %13,4 bel ağrısı (n=25), %12,4 baş ağrısı (n=23), %8,6 pelvik ağrı (n=16), %6,5 fibromiyalji (n=12), %3,2 sırt ağrısı (n=6), %3,2 omuz ağrısı (n=6), %2,7 diz ağrısı (n=5), %2,2 bacak ağrısı (n=4), %2,2 kol ağrısı (n=4), %1,6 ayak ağrısı (n=3) ve %1,1 boyun ağrısından (n=2) oluşmaktadır.

2.2. Materyaller

2.2.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği Orijinal Formu (ADEÖ)

Kerns ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen bu ölçeğin amacı, Prochaska ve DiClemente'nin oluşturduğu (1992) Sağlık Davranış modellerinden Transteorik Modeli temel alarak, kronik ağrı sendromlu kişilerin ağrı davranışının değişimiyle ilgili hangi aşamada olduğunu tespit etmektir. Dört faktörden oluşan bu ölçeğe göre, ağrı davranışında kişi eğer ilk altı ay içerisinde herhangi bir davranış değişikliği fikrine sahip değilse tasarlama öncesi (precontemplation), önümüzdeki altı ay içerisinde sağlıklı ağrı davranışını değiştirme fikrine sahipse tasarlama (contemplation), içinde bulunduğu altı aylık süre içerisinde sağlıklı ağrı davranışını değiştirmeye başlamış ise eylem (action) ve en az altı ay veya daha fazla süredir

sağlıksız ağrı davranışını sağlıklı olan davranışla değiştirmiş ve sağlıklı davranışı devam ettirmektedirse sürdürme (maintenance) evresinde yer aldığı kabul edilmektedir. Hazırlanan tez çalışmasında bu ölçeğin Türkçe uyarlaması gerçekleştirilecektir (**EK 1**).

2.2.2. Ağrı İnançları Ölçeği

Ağrı İnançları Ölçeği, Türkçeye adaptasyonu Sertel-Berk tarafından yapılan (2006) ve orijinalini Edwards ve arkadaşlarının geliştirdiği (1992), ağrının kaynağına ve sonuçlarına dair psikolojik ve organik inanç atıflarını değerlendiren bir ölçektir (**EK 3**). Organik ve psikolojik olmak üzere iki faktörden oluşan bu ölçeğin güvenirlik değerleri ve test tekrar test güvenirliği sırasıyla, AİÖ-P için Cronbach alfa katsayısı .71 ve .74, AİÖ-O içinse .66 ve .51 olarak saptanmıştır (Sertel-Berk, 2006). Bu ölçüm aracı, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında yaklaşan (convergent) geçerliğini sınamak amacıyla kullanılacak olup ilgili geçerlik sınaması Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilecektir. Ölçeğin bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucu Cronbach alfa katsayısı; AİÖ-O için .63, AİÖ-P içinse .54 olarak saptanmıştır.

2.2.3. Ağrıyla Baş Etme Envanteri

Kraaimaat ve Evers (2003) tarafından geliştirilen ve Hocaoglu, Sertel-Berk ve Ketenci (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan bu ölçekte, kronik ağrı hastalarının ağrıyla baş etmede kullandıkları davranışsal ve bilişsel stratejileri tespit etmek amaçlanmıştır (**EK 4**). Aktif ve pasif baş etme boyutlarının incelendiği bu ölçekte, aktif baş etme maddeleri “uzaklaşma”, “ağrıyı dönüştürme” ve “rahatlatıcı düşünme” faktörlerinden oluşmaktadır. Türkçe uyarlama çalışmasında bu faktörlerin güvenirlik alfa katsayıları sırasıyla; .76, .77 ve .53 olarak hesaplanmıştır. Pasif baş etme boyutu ise kendi içinde; “endişe”, “dinlenme” ve “geri çekilme” faktörlerinden oluşmuştur. Bu üç faktörün güvenirlik alfa katsayısı ise sırasıyla; .69, .73 ve .61 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçüm aracı, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında yaklaşan (convergent) geçerliğini sınamak amacıyla kullanılacak olup

ilgili geçerlik sınaması Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilecektir. Ölçeğin bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucu Cronbach alfa katsayıları; aktif baş etme için .82, pasif baş etme içinse .85 olarak saptanmıştır.

2.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus'un Başa Çıkma Yolları Envanterinden hareketle oluşturulmuş bu ölçeğin, Türkçe adaptasyon çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir (**EK 5**). Depresyon, kaygı, yalnızlık gibi duygu durumları ve diğer psikolojik stres belirtileriyle ilişkili 30 maddelik bu ölçeğin, literatürdeki bilgilerle tutarlı bir şekilde, probleme yönelik etkili yollar ile duygulara yönelik etkisiz yollar şeklinde iki boyuttan oluştuğu gösterilmiştir. Bu iki boyut, faktör analizinde tutarlı olarak; "kendine güvenli", "iyimser", "çaresiz", "boyun eğici yaklaşımlar" ve "sosyal desteğe başvurma" adı verilen beş faktöre ayrılmaktadır. Çalışmada ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. "İyimser yaklaşım" alt boyutu için elde edilen Cronbach alfa katsayıları .68 ile .49 arasında değişmiştir. "Kendine güvenli yaklaşım" alt boyutu için .62 ile .80 arasında, "çaresiz yaklaşım" alt boyutu için .64 ile .73 arasında, "boyun eğici yaklaşım" için ise .47 ile .73 arasında değişmiştir. "Sosyal desteğe başvurma" alt boyutu içinse .47 ile .45 olarak değişmiştir. Bu ölçüm aracı, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında yaklaşan (convergent) geçerliğini sınamak amacıyla kullanılacak olup ilgili geçerlik sınaması Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilecektir. Ölçeğin bu çalışma sonucunda toplanan verilerin analizi sonucu hesaplanan Cronbach alfa katsayıları; kendine güvenli yaklaşım alt boyutu için .80, iyimser yaklaşım alt boyutu için .54, çaresiz yaklaşım alt boyutu için .84, boyun eğici yaklaşım alt boyutu için .72, sosyal destek arama alt boyutu için .62 olarak saptanmıştır.

2.2.5. Ağrı Değerlendirme Formu

Katılımcının en az altı aydır belli aralıklarla devam eden/tekrarlayan ağrı yakınması var ise bu ağrının; türü, süresi, başlangıç yaşı, sıklığı, şiddeti, tedavisi, ağrı

kesici miktarı gibi ağrı şikâyetinin özelliklerini ve Fordyce'ın (1986) tarif etmiş olduğu ağrı davranış boyutları doğrultusunda, ağrıyla ilgili davranış ve tutumların örüntüsünü belirlemeye yönelik yapılandırılmış bir formdur (Sertel-Berk, 2006) **(EK 6)**.

2.2.6. Hasta Sağlık Anketi

Türkçeye adaptasyonu M. Güleç, H. Güleç, Şimşek, Turhan ve Sünbül (2012) tarafından yapılan Hasta Sağlık Anketi; Kroenke, Spitzer ve Williams (1999) tarafından geliştirilmiştir **(EK 7)**. Hasta sağlık anketi için yapılan analizlerde Cronbach alfa katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Test tekrar test çalışması sonucunda, orta seviyede ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Hasta Sağlık Anketi'nin Türkiye örnekleminde kullanımı, geçerlilik ve güvenirlik değerleri açısından uygun bulunmuştur. Hasta sağlık anketi genel sağlık (15 madde), anksiyete (7 madde), panik (5 madde) ve depresyon (9 madde) olmak üzere dört alt bölümden oluşmaktadır. Alt bölümler, birlikte ya da ayrı ayrı kullanılabilir. Bu çalışmada Hasta Sağlık Anketi tüm alt bölümler bir arada olacak şekilde (36 madde) uygulanacak ve araştırma modelinin sonuç değişkenleri arasında yer alacaktır. Bu ölçüm aracı, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında yaklaşan (convergent) geçerliğini sınamak amacıyla kullanılacak olup ilgili geçerlik sınaması Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilecektir. Ölçeğin bu çalışmada toplanan verilerin analizi sonucu Cronbach alfa değerleri; Genel Sağlıkalt boyutu için .80, Genel Anksiyete alt boyutu için .81, Panik Bozukluk alt boyutu için .94, Depresyon alt boyutu için .83 olarak saptanmıştır.

2.2.7. SF-36 Sağlık Taraması (SF-36)

Fiziksel ve Zihinsel genel sağlığın ölçümü için Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen (1992) bu ölçek, Demirsoy (1999) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır **(EK 8)**. Sağlıkla ilgili fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık (vitalite), zihinsel (mental) sağlık, sosyal fonksiyon, bedensel ağrı, genel sağlık algısı olmak üzere toplam sekiz ayrı boyutu ele alan bu ölçekte, her bir boyut bir faktöre atanmış fiziksel ve zihinsel olmak üzere iki ana faktörden oluşmuştur. Bu ölçeğin güvenirlik alfa katsayıları sırasıyla .75 ve .90 olarak bulunmuştur. Bu ölçüm aracı Ağrı Değişim

Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında yaklaşan (convergent) geçerliğini sınamak amacıyla kullanılacak olup ilgili geçerlik sınaması Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayısı hesaplanarak değerlendirilecektir. Ölçeğin bu çalışma sonucunda toplanan verilerin analizi sonucu Cronbach alfa değerleri; fiziksel fonksiyon alt boyutu için .87, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu için .87, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu için .88, enerji/canlılıkalt boyutu için .81, zihinsel sağlık alt boyutu için .74, sosyal fonksiyon alt boyutu için .81, bedensel ağrı alt boyutu için .62, genel sağlık algısı alt boyutu için .78 olarak saptanmıştır.

2.2.8. Demografik Bilgiler Soru Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir seviyesi, aile yaşantısı ve sağlık durumları gibi özellikleri hakkında bilgi edinilmesi amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form toplamda 18 kısa sorudan meydana gelmektedir (EK 9).

2.2.9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcılara verilen bilgilendirilmiş onay formunda araştırmanın amacıyla ilgili bilgiler ve araştırmaya katılımlarının gönüllü olduğuna dair izinler yer almıştır (EK 10).

2.3. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe Formunun Uyarlanması ve İşlemler

Ölçeğin adaptasyonu için ölçeği geliştiren yazarlardan gerekli izinler alınmış, akabinde çeviri ve çevirinin Türkçeye uygunluğunun kontrolü aşamaları gerçekleştirilmiştir. Ölçek; Türkçeye, İngiliz Dili ve Edebiyatı mezunu iki kişi tarafından çevrilmiştir. Çevirilen Türkçe metin, iki Türk Dili ve Edebiyatı mezunu kişi tarafından değerlendirildikten sonra, alanında uzman iki psikolog tarafından tekrar ele alınmıştır. Ölçeğin son hali, yaşları 18-65 aralığında bulunan 13 kadın ve iki erkek katılımcıya uygulanmıştır. Pilot çalışma amacıyla uygulanan bu aşamada, katılımcılardan 30 maddelik ölçeğin son hâlinin anlaşılabilirlik düzeyini

değerlendirmeleri istenmiştir. Pilot çalışma sonucunda oluşan ölçeğin son hâli, iki farklı İngiliz Dili uzmanı tarafından ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'ye tekrar çevirilmiştir. Bu aşamadan sonra ortaya çıkan metin, ölçeğin geliştiricisi olan Kerns'e gönderilmiş ve önerileri doğrultusunda yapılan düzeltmelerle onayı alınmıştır. Ölçeğin bu son hâli, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının veri toplanması aşamasında kullanılmıştır (**EK 2**). Ölçek son hâlini aldıktan sonra 186 kişilik bir örneklemden (toplam madde sayısının en az beş katı katılımcı kriterine göre) veri toplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği kapsamında diğer ölçeklerle olan ilişkisini saptamak ve Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yanı sıra ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için Sertel Berk (2006) tarafından Türkçeye adaptasyonu yapılan Ağrı İnançları Ölçeği; Şahin & Durak (1995) tarafından Türkçeye adaptasyonu yapılan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Hocaoglu, Sertel-Berk ve Ketenci tarafından Türkçeye adaptasyonu yapılan (Hocaoglu, Sertel-Berk ve Ketenci, 2019) Ağrıyla Baş Etme Envanteri; Türkçeye adaptasyonu Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Sünbül tarafından yapılan (2012) Hasta Sağlık Anketi (Spitzer, Kroenke, Williams ve Group, 1999) ve Türkçeye adaptasyonu Demirsoy (1999) tarafından yapılan SF-36 Sağlık Taraması da çalışmaya dâhil edilmiştir.

Bu veri toplama aşamasından önce İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulundan 05.03.2018 tarihinde etik onay alınmıştır. İlgili etik kurul onayı, **EK 11**'de yer almaktadır. Etik kurul onayından sonraki aşamada İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Anabilim Dalı Kurulu'nda yapılan protokolle, örneklemin toplanması için FTR anabilim dalındaki çene polikliniği ve genel poliklinikler uygun görülmüş ve burada kronik çene ağrısı hastalarından örneklem toplanmıştır. Aynı etik onay ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı Ağrı Kliniğinde romatizmal ağrı, bel ağrısı ve çeşitli farklı ağrı hastalarından örneklem alınmıştır. Yine İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Pelvik Ağrı Polikliniğinde, polikliniğe başvuran kronik pelvik ağrı tanısı almış hastalardan örneklem toplanmıştır. Verilerin 150 kişilik kısmı ilgili kliniklerde psikolog görüşmeleri için ayrılmış odalarda yüz yüze bireysel olarak uygulama yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Kalan 36 kişilik örneklem ise internet aracılığıyla en az altı aydır ağrısı olduğunu bildiren kişilerden toplanmıştır. Okuma-yazma

bilmeyen katılımcılara ölçek maddeleri araştırmacı tarafından okunmak sureti ile veriler toplanmıştır. Her bir uygulama yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların gizliliğini bozabilecek herhangi bir unsur bulunmamasına özellikle dikkat edilmiştir. Araştırmacı, topladığı verileri tez çalışması ve diğer bilimsel yayınlar dışında başka bir amaçla kullanmamakla yükümlü olduğunu, katılımcıların dilediği zaman katılmaktan vazgeçip uygulamayı yarıda kesebileceğini her bir katılımcıya uygulama öncesi bildirmiştir. Gerekli etik bilgiler ve gönüllük esasları, onay formunda detaylıca yer almıştır. Katılımcılar tüm bu gizlilik esasları hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olarak katılmıştır.

2.4. Veri Analizi

Araştırmanın amacı doğrultusunda Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (ADEÖ) yapı geçerliliği; Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) (exploratory factor analysis), temel bileşenler yöntemi (principal component analysis) varimaks döndürmesi ve temel eksen boyutlandırması oblik döndürmesi ile incelenmiştir. Faktör analizinden önce ADEÖ'nün yapı geçerliliği doğrultusunda madde analizi yapılmış, madde toplam korelasyon değeri olarak minimum .20 belirlenmiştir. Buna göre .20'nin altında madde-toplam puan korelasyon değeri olan maddelerin faktör analizine dâhil edilmemesi planlanmıştır. Faktör analizi aşamasında ise her bir maddenin ortak varyansa olan katkısının (communalities değerleri) en az .30 olması beklenmiştir. Her bir maddenin ilk faktöre olan yük değeri de yine minimum .30 olarak belirlenmiştir. Ayrıca bir maddenin yüklendiği alt faktörler arasında en az .10 fark olması belirlenmiştir. Bu değerden daha yüksek olan farklar çift yüklenme olarak kabul edilmiş ve çift yüklenen maddeler de ölçeğe dahil edilmemiştir. Yine yapı geçerliliği bağlamında ADEÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi kullanılmıştır. Ölçüt ve yaklaşan (convergent) geçerlik sınaması kapsamında ADEÖ ile AiÖ, ABE, HSA, SBÇTÖ ve SF-36 arasındaki ilişkileri incelemek için yine Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi kullanılmıştır. Ölçüt ve yaklaşan (convergent) geçerlilik sınamaları için söz edilen ölçekler arasında anlamlı düzeyde

ilişkiler olması beklenmiştir. ADEÖ'nün güvenirlik sınaması için alt faktörlerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Bu aşamaya kadar söz edilen tüm analizler SPSS 21.0 versiyonunda yürütülmüştür.

ADEÖ'nün AFA'dan elde edilen son faktör yapısının ileri istatistiksel yöntemle sınanması Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) ile yapılmıştır. Uyum iyiliği için Şimşek (2007) tarafından bildirilen haliyle; Ki-Kare değerinin serbestlik derecesine oranının 2-5 arasında olması kabul edilebilir, 2'den küçük olması iyi; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index-GFI) ve Düzeltilmiş GFI'nin (Adjusted GFI-AGFI) .90-.95 arası olması kabul edilebilir, .95 üstü olması iyi; son olarak da Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (root mean square error of approximation-RMSEA) değerinin ve standardize RMR (sRMR) değerinin ise .05-.08 arasında olması kabul edilebilir, .05'ten küçük olması ise iyi uyuma işaret etmektedir. Modelde uyum iyiliğini artırmak için önerilen iyileştirme (modifikasyon) indeksinde de Ki-Kare değerinde minimum .30 birimlik düşüşle sonuçlanan iyileştirme önerileri dikkate alınmaktadır. ADEÖ'nün faktör yapısını sınanan model ile Kerns ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen orijinal ölçek olan PSOCQ'ın faktör yapısını test eden modelin karşılaştırılmasında yukarıda bahsedilen uyum iyiliği değerlerinden iyi olan modelin daha güçlü olduğu kabul edilmiştir. Doğrulamalı Faktör Analizi Lisrel 8.51 versiyonunda yürütülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde ADEÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığıyla ilgili sorulara ilişkin analizlerin sonuçları aktarılacaktır. Hipotezler bağlamında ilk olarak faktör analizine geçilmeden önce, ADEÖ'nün yapı geçerliliği kapsamında yürütülen madde analizi sonuçları sunulacaktır. Ardından ADEÖ'nün faktör yapısını belirlemek amacıyla yapılan Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) bulguları ve güvenilirlik için de ADEÖ'nün alt faktörlerine ilişkin Cronbach Alfa değerleri bildirilecektir. AFA'dan elde edilen faktör yapısının öte geçerlilik sınaması için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) bulguları da verilecektir. Devamında ADEÖ'nün yapı geçerliliği kapsamında alt faktörleri arasındaki ilişkileri incelemek için yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi sonuçları özetlenecektir. Sonrasında ADEÖ'nün diğer ölçeklerle olan ilişkileri kapsamında AİÖ, ABE, HSA, SBÇTÖ ve SF-36 ile arasındaki ilişkilere ilişkin yürütülen Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi sonuçları aktarılacaktır.

3.1. Madde Analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi

Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği (ADEÖ)'nin faktör yapısı Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) (Exploratory Factor Analysis), temel bileşenler yöntemi (principal component analysis) varimaks rotasyonu ve temel eksen boyutlandırması oblik rotasyonu ile incelenmiştir. ADEÖ'nün; Kerns ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen orjinal çalışmasında (1997) “tasarlama öncesi”, “tasarlama”, “eylem” ve “sürdürme” şeklinde birbirinden bağımsız dört boyutlu bir yapı olduğu öne sürüldüğü için, her boyutta madde analizi aşaması ve faktör analizi aşaması ayrı ayrı yürütülmüştür.

Hipotez 1 için gerçekleştirilen madde analizi kapsamında tasarlama öncesi evresi boyutundaki maddelerin madde toplam korelasyon değerlerine bakılmıştır. Bu aşamada 12., 16. ve 29. maddeler, madde toplam korelasyon değerleri .20'nin altında olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Madde analizi sonrasında tasarlama öncesi dört

maddelik bir yapı olarak kalmıştır. Daha sonra tasarlama boyutunda olan maddelerin madde toplam korelasyon değerlerine bakılmıştır. Bu faktörde ise ilk olarak 1. ve 23. maddeler, madde toplam korelasyon değerleri .20'nin altında olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Madde analizi sonrasında tasarlama evresi sekiz maddelik bir yapı olarak kalmıştır. Eylem alt faktöründe olan maddelerin madde toplam korelasyon değerlerine bakıldığında ise 26. madde, madde toplam puan korelasyon değeri olan .20'nin altında olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Madde analizi sonrasında eylem boyutu beş maddelik bir yapı olarak kalmıştır. Son olarak ise sürdürme boyutunda olan maddelerin madde toplam korelasyon değerlerine bakılmıştır. Bu evrede de 13. madde, madde toplam korelasyon değeri olan .20'nin altında ve negatif yüklenmiş olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Madde analizi sonrasında, sürdürme evresi altı madde olarak kalmıştır. Bu bulgular doğrultusunda her dört faktörde de madde toplam korelasyon değerleri .20'nin altında olan maddeler çıkarılarak her bir boyut için ayrı ayrı faktör analizi işlemi gerçekleştirilmiştir.

Yapılan madde analizlerinden sonra dört faktörlü orijinal yapısı denenen bu ölçeğin “Tasarlama Öncesi” (Precontemplation) (11, 22, 24, 25), “Tasarlama” (Contemplation) (7, 8, 9, 14, 15, 19, 21, 28), “Eylem” (Action) (2, 6, 20, 27, 30) ve “Sürdürme” (Maintenance) (3, 4, 5, 10, 17, 18) olarak adlandırılan faktörlerinin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla .63, .69, .68 ve .73 olarak hesaplanmıştır.

Hipotez 2 için yapılan faktör analizi kapsamında, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin her bir boyutu için kalan maddeler ayrı ayrı temel bileşenler yöntemi varimaks döndürmesi ve temel eksen boyutlandırması oblik döndürmesi ile incelenerek açıklayıcı faktör analizine sokulmuştur. Tasarlama öncesi evresi faktörünün temel bileşenler yöntemi ve varimaks döndürmesi ile gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda 22. maddenin ortak varyansa etkisi .30'un altında bulunmuş ve ölçekten çıkarılmıştır. Tasarlama evresi faktörü, madde sayısını koruyucu, Cronbach alfa güvenirlik değerini olabilecek en iyi değerlerde tutması açısından ve tasarlama boyutunun orijinal çalışmada olduğu gibi iki faktörlü bir yapıdan oluşması sebebiyle temel eksen boyutlandırması oblik döndürme ile açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sonucunda 8, 15, 21 ve 28. maddenin ortak varyansa etkisi .30'un altında olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Eylem evresi

faktöründe ise temel bileşenler yöntemi varimaks döndürmesi ile yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortak varyansa etkisi .30'un altında herhangi bir madde olmadığı görülmüştür. Son faktör olan sürdürme evresi faktöründe temel bileşenler yöntemi varimaks döndürmesi ile yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda ise 10. madde yine ortak varyans değeri .30 altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır.

Yapılan faktör analizleri sonucunda kalan maddelerin faktörlere dağılımının son durumu sırasıyla “Tasarlama Öncesi” (11, 24, 25), “Tasarlama” (7, 9, 14, 19), “Eylem” (2, 6, 20, 27, 30) ve “Sürdürme” (3, 4, 5, 17, 18) olmuştur. Yapılan faktör analizinden sonra ölçeğimizdeki faktörlerin iyileştirilmiş Cronbach alfa değerleri sırasıyla “Tasarlama Öncesi” için .65, “Tasarlama” için .67, “Eylem” için .68 ve “Sürdürme” için .71 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda yukarıda belirtilen sebeplerle ölçekten çıkarılan maddelere rağmen ölçeğin her bir faktörünün tek faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür.

Ölçeğin mevcut çalışmadaki bu son halinden elde edilen faktörlerin birbirleri ile olan korelasyonları da ayrıca incelenmiştir. Buna göre tasarlama öncesi puanları ile eylem ve sürdürme puanları arasında anlamlı ilişki gözlenirken (sırasıyla, $r=-.25$, $p<.01$; $r=-.36$, $p<.001$), bu faktörün tasarlama ile ilişkisi anlamsız çıkmıştır ($r=.01$, $p>.05$). Tasarlama ile sürdürme evreleri arasındaki ilişki anlamsız iken ($r=.01$, $p>.05$), tasarlama ile eylem evresi arasında ise orta düzeyde anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=.26$, $p<.01$). Son olarak olarak eylem ile sürdürme evreleri arasındaki korelasyonun da anlamlı olduğu tespit edilmiş olup faktörler arasında en güçlü korelasyonun bu iki alt test arasında olduğu görülmüştür ($r=.46$, $p<.001$).

Sonuç olarak, ADEÖ'nün orijinal formundaki gibi dört faktörlü bir yapıdan oluşması beklenen ölçeğin beklenen ile uyumlu mevcut çalışmadaki dört faktörlü halinin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları sadece sürdürme faktörü için referans değer olarak kabul edilen .70'in üzerinde çıkmıştır. Diğer faktörler bu değer altında kalmıştır. Ayrıca, elenen toplam 13 madde olması sebebiyle, her ne kadar ölçeğin mevcut çalışmadaki son hali de dört faktörlü olsa da madde sayısı açısından orijinal modelden farklı olduğu görülmüştür. Öte yandan faktörler arası korelasyon analizine göre, tasarlama evresi eylem evresi hariç hiçbir faktörle anlamlı ilişki göstermezken

diğer faktörlerin birbirleri ile anlamlı ilişkileri olduğunu ortaya koymuştur. Benzer bir örüntü literatürde Avustralya’da gerçekleştirilen (Strong ve ark., 2002) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da bildirilmiş olup, söz konusu çalışmada tasarlama evresi bir faktör, tasarlama öncesi boyutunun ters skorları, eylem ve sürdürme boyutunun üçü birlikte tek bir faktör olarak sınanmıştır. Analizlerin bundan sonraki kısmında ilgili bulgular ışığında Avustralya’da yapılan çalışmaya (2002) benzer şekilde tasarlama evresi bir faktör; tasarlama öncesi boyutunun ters skorları, eylem ve sürdürme boyutunun üçü birlikte tek bir faktör olarak ele alındığı toplamda iki faktörden oluşan modelin denenmesine karar verilmiştir. Bu alternatif modele ait sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

3.1.1. Alternatif Model 1: Avustralya Modeli

İlk faktör olan tasarlama faktörü maddeleri Kerns’ün (1997) orijinal modeli ile aynı olduğu için madde analizi ve sonrasında gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizi tekrar edilmemiştir ve yukarıda verildiği gibi kabul edilmiştir.

Tasarlama öncesi faktörünün ters puanları, eylem ve sürdürme faktörünün tek faktör olarak ele alındığı ikinci faktör için gerçekleştirilen madde analizinde 12., 13., 16., 26. ve 29. maddeler, madde toplam puan korelasyon değerleri .20’nin altında kaldığından ölçekten çıkarılmıştır. İkinci faktör için yapılan açımlayıcı faktör analizinde temel bileşenler yöntemi ve varimax döndürmesi kullanılmış olup, yapılan bu açımlayıcı faktör analizinde ise 10. ve 22. maddeler çift faktöre yüklendiğinden dolayı ölçekten çıkarılmış ve faktör analizi tekrarlanmıştır. Yapılan ikinci faktör analizi sonrasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, 13 maddelik ikinci faktör için ise .80 olarak hesaplanmıştır. On üç maddeden oluşan bu ikinci faktörün “eylem sonrası” olarak adlandırılmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak mevcut çalışmanın bu sonuçlar doğrultusunda orijinal çalışmada olduğu gibi dört faktörden oluşacağı beklenmiş olup, Hipotez 2 desteklenmemiştir. Çalışmamız her ne kadar Hipotez 2’yi desteklemese de Avustralya versiyonunun desteklemektedir. ADEÖ ile ilgili madde toplam korelasyon değerleri, faktör yükleri ve Cronbach alfa katsayıları Tablo 3.1.’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği ile ilgili Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri, Faktör Yükleri, Cronbach Alfa Katsayıları

Faktör 1 Tasarlama					
Özdeğer	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa	KMO	Barlett	
2.06	%50,16	.67	.69	107.2	
			Madde Toplam	Faktör Yüğü	Ortak Varyans
7. Son zamanlarda ağrı durumuma yönelik herhangi bir tıbbi tedavi bulunmadığının farkına vardım bu yüzden bununla başa çıkabileceğim yeni yöntemler öğrenmek istiyorum.			.43	.55	.31
9. Ağrı problemimle başa çıkmak için daha iyi bir planlama yapma vakti geldiğinin şimdi farkına varıyorum.			.45	.58	.34
14. Ağrıyla başa çıkmak için farklı beceriler geliştirme konusunda yardıma ihtiyacım olup olmadığını öğrenme isteği duymaya başlıyorum.			.46	.59	.35
19. Son zamanlarda, ağrıyla başa çıkma şeklimi değiştirme vaktinin geldiği sonucuna vardım.			.46	.59	.35
Faktör 2 Eylem sonrası					
Özdeğer	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa	KMO	Barlett	
3.87	%59	.80	.80	528	

	Madde Toplam	Faktör Yükü	Ortak Varyans
2. Ağrıyla başa çıkmak için yeni yöntemler geliştiriyorum.	.46	.58	.50
3. Ağrı problemimin hayatımı etkilemesini önlemek için bazı iyi yöntemler öğrendim.	.56	.61	.62
4. Ağrım arttığı zaman, kendimi geçmişte işe yaramış olan rahatlama egzersizleri ya da zihin dağıtma teknikleri gibi başa çıkma stratejilerini(yöntemlerini) otomatik olarak kullanırken buluyorum.	.54	.57	.53
5. Ağrı problemimle daha iyi başa çıkabilmemi sağlayan bazı stratejileri(yöntemleri) her gün kullanıyorum.	.40	.55	.42
6. Ağrımı kontrol etmek için bana yardımcı olacak stratejiler (yöntemler) bulmaya başladım.	.46	.81	.74
11. Ağrımı yönetmek için önerilen her şeyi denedim fakat hiçbirinin faydası olmuyor.	.35	.73	.71
17.Ağrımın üstesinden gelebilmek ile ilgili stratejileri(yöntemleri) günlük hayatıma dahil edebildim.	.42	.73	.54
18. Ağrıyla başa çıkma konusunda çok yol kat ettim.	.43	.64	.46

20. Ağrıyla daha iyi başa çıkabilmek konusunda bazı stratejiler(yöntemler) öğrenmek için yardım alıyorum.	.32	.68	.54
24. Yapabileceğim en iyi şey, ağrımdan tek seferde ve tamamen kurtulmamı sağlayacak bir doktor bulmaktır.	.38	.72	.69
25. Neden birileri ağrımı yok etmek için bir şey yapamıyor?	.38	.77	.62
27. Ağrımı daha iyi yönetmek için bazı başa çıkma teknikleri deniyorum.	.37	.73	.60
30. Ağrımı kontrol etmek için ilaç ya da ameliyat dışında yöntemler öğreniyorum.	.50	.74	.63

3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Bir önceki bölümde Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (ADEÖ) Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonuçları aktarılmıştır. Bu bölümde Hipotez 3'ün sınanması amacıyla ADEÖ'nün, AFA'dan elde edilen son faktör yapısının Yapısal Eşitlik Modelinde (YEM) Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile öte geçerlik sınaması sonucundaki bulgular aktarılacaktır. AFA sonucunda elde edilen ölçekteki örtük değişkenlerin hangi gözlenen değişkenlere yükleneceği tanımlanmış ve söz konusu yapının uyum iyiliği endeksi gözden geçirilmiştir. Uyum iyiliği için Şimşek (2007) tarafından bildirilen kriterler dikkate alınmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizinde gözlenen Avustralya modeli ile uyumlu iki faktörlü yapının doğrulanması için YEM'de uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin iki faktörlü yapısının uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ancak daha da iyileşebileceği bir modifikasyon önerisi bulunduğu gözlenmiştir. Modifikasyon önerisinde modelin Ki-

Kare değerinde .30 üstü düşüş sağlaması ve bu iyileştirmenin anlamlı olması kriterlerine dikkat edilerek 25 ve 11. maddeleri üzerinde önerilen modifikasyon uygulanmıştır. Yapılan modifikasyonlar sonrası iki faktörlü modelin DFA'dan elde edilen tüm uyum iyiliği değerleri Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Gerçekleştirilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucundan Elde Edilen Uyum İyiliği Değerleri

χ^2/df	RMSEA	sRMR	CFI	GFI	AGFI
2.1	.87	.083	.79	.86	.82

$p = .000$ RMSEA. Root mean square error of approximation, sRMR. Root mean square error of approximation, CFI. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), GFI. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), AGFI. Düzeltilmiş GFI (Adjusted GFI).

Tablo 3.2.'de görüldüğü gibi DFA'dan elde edilen sonuçlara göre CFI değeri kabul edilebilir sınırnın altında olmasına karşın, diğer endeks değerlerinin kabul edilebilir uyum iyiliği kriter aralığında olduğu gözlenmektedir. Bu bulgular doğrultusunda ADEÖ'nün son modelinin Hipotez 3'ün beklentisi olan uyum iyiliği değerlerinin altında kalmasına rağmen bu değerlere yakın seyretmesiyle kısmen desteklediğini söyleyebiliriz.

Kerns ve arkadaşları tarafından geliştirilen ADEÖ'nün orijinal versiyonu olan Pain Stages Of Change Questionnaire'e (PSOCQ) ait orijinal faktör yapısı da ayrıca açılımlayıcı faktör analizi uygulanmadan DFA analizinde değerlendirilmiştir. Orijinal faktör yapısına ait uyum değerleri Tablo 3.3.'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Pain Stages of Change Questionnaire Orijinal Faktör Yapısının Yapısal Eşitlik Modeli ile Gerçekleştirilen Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucundan Elde Edilen Uyum İyiliği Değerleri

χ^2/df	RMSEA	sRMR	CFI	GFI	AGFI
1.95	.072	.09	.61	.78	.74

$p = .000$ RMSEA. Root mean square error of approximation, sRMR. Root mean square error of approximation, CFI. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), GFI. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), AGFI. Düzeltilmiş GFI (Adjusted GFI).

Tablo 3.3.'de görüldüğü gibi ölçeğin orijinalindeki faktör yapısının DFA sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerlerinden yalnızca X^2/df ve RMSEA kabul edilebilir uyum aralığında olup diğer değerlerin tamamı bu aralığın altındadır. İki modelin hangisinin daha güçlü olduğuna dair bilgi değerlendirildiğinde ise mevcut çalışmada iki faktörden oluşan modelimizin Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI) değerlerinin daha güçlü oldukları görülmektedir. Ayrıca orijinal modele ait faktörlerin Cronbach alfa değerleri ise mevcut çalışmada tasarlama öncesi için .53, tasarlama için .64, eylem için .62 ve sürdürme için .64 olarak hesaplanmıştır. Öte yandan mevcut çalışmada alternatif model olarak sınanmış olan iki faktörlü yapının Cronbach alfa değerleri ise tasarlama faktörü için .67, eylem sonrası faktörü için ise .80 olduğu bulunmuştur. Bu karşılaştırmalar neticesinde bilhassa uyum iyiliği değerleri açısından Tablo 3.2. ve Tablo 3.3.'de verilmiş olan sonuçlar doğrultusunda iki faktörlü modelin daha güçlü bir model olduğu değerlendirilmiştir.

3.3. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Hipotez 4'te ADEÖ'nün alt faktörlerinin orijinal çalışmadaki gibi tasarlama öncesi, tasarlama, eylem ve sürdürme faktörlerinden oluşması beklenmiştir. Bu beklentilerin aksine yapılan AFA ve DFA çalışmaları sonucunda ADEÖ'nün faktörleri tasarlama ve eylem sonrası faktörlerinden oluştuğundan bu hipotez desteklenmemiştir. Buna karşın meydana gelen bu iki faktörün arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi yapılmış ve alt boyutlar arasındaki ilişkiler Tablo 3.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alt Faktörleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

ADEÖ Alt faktörleri	1.Tasarlama	2.Eylem sonrası
1. Tasarlama	-	.047
2. Eylem sonrası		-

Tasarlama faktörü ile eylem sonrası faktörü arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

3.4. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişkiler

Bu amaç doğrultusunda oluşturulmuş olan Hipotez 5 ile ilgili tüm beklentilerde ADEÖ'nün orijinal yapısındaki gibi tasarlama öncesi, tasarlama, eylem ve sürdürme faktörlerinin diğer ölçeklerin alt boyutları ile olan korelasyonlarının sınanması amaçlanmıştır. Ancak mevcut çalışma bu yapıdan farklı şekilde tasarlama ve eylem sonrası olarak adlandırılan iki faktörden meydana geldiği için bu hipotezler doğrudan sınanamamıştır. Buna karşın mevcut çalışmanın faktörleri olan tasarlama ve eylem sonrası faktörlerinin diğer tüm ölçeklerle olan ilişkileri değerlendirilmiştir.

Hipotez 5.a.ii, 5.b.ii, 5.c.ii ve 5.d.ii'de mevcut çalışmanın faktör analizinden elde edilen tasarlama ve eylem sonrası faktörlerinin Ağrıyla Baş Etme Envanteri'nin alt boyutları olan aktif baş etme ve pasif baş etme ile ilişkisi incelenmiş olup bulgular Tablo 3.5.'te sunulmuştur.

Tablo 3.5. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Ağrıyla Baş etme Envanteri Alt Testleri ile olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1.ABE Aktif	2.ABE Pasif
1.Tasarlama	.071	-.004
2. Eylem sonrası	.257**	-.260**
5. Ortalama/Standart Sapma	16.23/4.38	30.1/7.15

** $p < .01$, ABE. Ağrıyla Baş Etme Envanteri

Hipotez 5.b.ii'de ADEÖ'nün tasarlama faktörü ile Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutları olan aktif baş etme arasında pozitif yönde ve anlamlı, pasif baş etme arasında ise negatif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir.

Yukarıda görüldüğü gibi ADEÖ'nün alt faktörü olan tasarlama faktörü ile Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutları olan aktif baş etme ve pasif baş etme arasında Hipotez 5.b.ii'de beklendiğinin aksine hiçbir anlamlı korelasyon bulunmamıştır ve bu hipotez desteklenmemiştir.

ADEÖ'nün eylem, tasarlama öncesi ters puanları ve sürdürme faktörlerinin maddelerini içinde barındırması sebebiyle eylem sonrası faktörü ile Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutları olan aktif baş etme ile pozitif yönde anlamlı, pasif baş etme ile negatif yönde anlamlı korelasyon göstermesi beklenilmiştir. Bu beklenti ile uyumlu olacak şekilde eylem sonrası faktörü ile aktif baş etme arasında pozitif yönde ($r = .257$, $p < 0.01$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yine bu beklenti doğrultusunda eylem sonrası faktörü ile pasif baş etme arasında ise negatif yönde ($r = -.260$, $p < 0.01$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi (ters puanlar), eylem ve sürdürme boyutlarını içeren yapısından dolayı Hipotez 5.a.ii., 5.c.ii ve 5.d.ii'yi destekler niteliktedir.

Hipotez 5.a.iii, 5.b.iii, 5.c.iii ve 5.d.iii'de mevcut çalışmanın faktör analizinden elde edilen tasarlama ve eylem sonrası faktörleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama arasındaki ilişki incelenmiş olup bulgular Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Faktörleri ile Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1.SBÇTÖ KGY	2.SBÇTÖ İY	3.SBÇTÖ ÇY	4.SBÇTÖ BEY	5.SBÇTÖ SDA
1.Tasarlama	-.031	-.028	-.057	-.009	-.162*
2. Eylem sonrası	.190**	.132	-.262**	-.189**	.016
Ortalama/Standart Sapma	18/3,75	12,5/3,95	11,88/6,48	8,66/4,26	8,18/2,88

** $p < .01$, * $p < .05$ SBÇTÖ. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği, KGY. Kendine Güvenli Yaklaşım, İY. İyimser Yaklaşım, ÇY. Çaresiz Yaklaşım, BEY. Boyun Eğici Yaklaşım, SDA. Sosyal Destek Arama.

Hipotez 5.b.iii’de ADEÖ’nün alt faktörü olan tasarlama faktörü ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda tasarlama faktörü ile sosyal destek arama boyutu arasında beklenildiğinin aksine negatif yönde ($r=-.162$, $p<0.05$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Tasarlama faktörü ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Yine aynı hipotez kapsamında tasarlama faktörü ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon beklenmiş olmasına karşın herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu hipotez tasarlama faktörü ile sosyal destek arama arasındaki beklenti dışı ve diğer alt boyutlarla anlamsız korelasyonlardan dolayı desteklenmemiştir.

ADEÖ’nün alt faktörü olan eylem sonrası faktörü ile Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda eylem sonrası faktörü ile kendine güvenli yaklaşım arasında beklenildiği gibi pozitif yönde ($r=.190$, $p<0.01$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Buna karşın eylem sonrası faktörü ile iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Eylem sonrası faktörü ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda eylem sonrası faktörü ile çaresiz yaklaşım arasında negatif yönde ($r=-.262$, $p<0.01$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Eylem sonrası faktörü ile boyun eğici yaklaşım arasındaki korelasyon ise yine beklenildiği gibi negatif yönde ($r=-.189$, $p<0.01$) ve anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi (ters puanlar), eylem ve sürdürme boyutlarını içeren yapısı itibarıyla Hipotez 5.a.iii, 5.c.iii ve 5.d.iii’ü sosyal destek ve iyimser yaklaşım ile olan korelasyonlar hariç destekleyici niteliktedir.

Hipotez 5.a.i, 5.b.i, 5.c.i ve 5.d.i’de ise ADEÖ’nün mevcut çalışmanın faktör analizinden elde edilen tasarlama ve eylem sonrası faktörlerinin Ağrı İnançları

Ölçeğinin alt boyutları olan organik inançlar ve psikolojik inançlar ile ilişkisi incelenmiş olup bulgular Tablo 3.7.'de sunulmuştur.

Tablo 3.7. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Ağrı İnançları Ölçeğinin Alt Faktörleri ile Olan Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1.AİÖ Organik	2.AİÖ Psikolojik
1.Tasarlama	.043	-.077
2. Eylem sonrası	.304**	.048
Ortalama/ Standart Sapma	26,38/6,64	8,55/3,89

** $p < .01$, AİÖ. Ağrı İnançları Ölçeği

Hipotez 5.b.i'de ADEÖ'nün alt faktörü olan tasarlama faktörünün Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutları olan organik ve psikolojik inançlar ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar göstermesi beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda tasarlama faktörü ile organik inançlar ve psikolojik inançlar arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunmamıştır ve Hipotez 5.b.i desteklenmemiştir.

ADEÖ'nün alt boyutu olan eylem sonrası faktörünün Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutları olan organik ve psikolojik inançlar ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar göstermesi beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda eylem sonrası faktörü ile organik inançlar arasında pozitif yönde ($r = .304$, $p < 0.01$) ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Buna karşın eylem sonrası faktörü ile psikolojik inançlar arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır. Eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi (ters puanlar), eylem ve sürdürme boyutlarını içeren yapısı itibarıyla Hipotez 5.a.i, 5.c.i ve 5.d.i kısmen desteklenmiştir.

Hipotez 5.a.iv, 5.b.iv, 5.c.iv ve 5.d.iv'te de mevcut çalışmanın faktör analizinden elde edilen tasarlama ve eylem sonrası faktörlerinin Hasta Sağlık Anketi alt boyutları olan genel sağlık değerlendirme (PHQ), genel anksiyete (GAD), kaygı atakları (P5) ve depresyon (PHQ9) arasındaki ilişkiler incelenmiş olup bulgular Tablo 3.8.'de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Hasta Sağlık Anketi Alt Testleri olan PHQ, GAD, P5 ve PHQ9 ile arasındaki Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1.PHQ	2.GAD	3.P5	4.PHQ9
1.Tasarlama	.112	.104	-.101	.036
2. Eylem sonrası	-.152*	-.238**	-.209**	-.237**
Ortalama/Standart Sapma	11,31/5,44	7,52/5,30	2,70/3,08	9,14/6,18

** $p < .01$, * $p < .05$ PHQ. Genel Sağlık, GAD. Genel Anksiyete, P5. Panik Bozukluk, PHQ9. Depresyon

Hipotez 5.b.iv'te ADEÖ'nün alt faktörü olan tasarlama faktörü ile Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları olan genel sağlık (PHQ), genel anksiyete (GAD), depresyon (PHQ9) ve kaygı atakları (P5) arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda yapılan analizler sonucunda ise tasarlama faktörü ile Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Hipotez 5.b.iv desteklenmemiştir.

ADEÖ'nün alt faktörü olan eylem sonrası faktörü ile Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları olan genel sağlık (PHQ), genel anksiyete (GAD), depresyon (PHQ9) ve kaygı atakları (P5) arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda eylem sonrası faktörünün genel sağlık ile arasında negatif yönde ($r = -.152$, $p < 0.05$) ve anlamlı, genel anksiyete ile arasında negatif yönde ($r = -.238$, $p < 0.01$) ve anlamlı, kaygı atakları ile arasında negatif yönde ($r = -.209$, $p < 0.01$) ve anlamlı, depresyon ile arasında ise yine negatif yönde ($r = -.237$, $p < 0.01$) ve anlamlı korelasyonlar olduğu bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda, eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi (ters puanlar), eylem ve sürdürme boyutlarını içeren yapısı itibarıyla Hipotez 5.a.iv, 5.c.iv ve 5.d.iv tamamen desteklenmiştir.

Son olarak Hipotez 5.a.v, 5.b.v, 5.c.v ve 5.d.v'de ADEÖ'nün alt faktörleri olan tasarlama faktörü ve eylem sonrası faktörü ile SF-36 Sağlık Taramasının (SF-36) alt boyutları olan fiziksel fonksiyon (FF), fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları (RP), duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (RE), enerji/canlılık (VT),

mental sağlık (MS), sosyal fonksiyon (SF), bedensel ağrı (BP) ve genel sağlık algısı (GH) arasındaki korelasyon incelenmiş olup bulgular Tablo 3.9.'da sunulmuştur.

Tablo 3.9. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin SF-36 Sağlık Taraması Alt Testleri Olan FF, RP, VT, MS, SF, BP ve GH ile Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değerkenler	1.FF	2.RP	3.RE	4.VT	5.MS	6.SF	7.BP	8.GH
1.Tasarlama	.006	-.162	-.102	-.057	-.018	.075	-.288*	.008
2.Eylem sonrası	.166	.045	.047	.348**	.261*	.283*	.214	.215
Ortalama	71,5	15,3	12,4	16,1	26,2	12,8	10,2	29,3
Standart sapma	23,5	16,4	13,3	7,9	8,1	5,1	4,3	9,8

** $p < .01$, * $p < .05$ FF.Fiziksel Fonksiyon, RP. Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, RE. Duygusal Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, VT. Enerji/canlılık, MS. Mental Sağlık, SF. Sosyal Fonksiyon, BP. Bedensel Ağrı, GH. Genel Sağlık Algısı

Hipotez 5.b.v'te ADEÖ'nün alt faktörü olan tasarlama faktörü ile SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık algısı arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda tasarlama faktörü ile bedensel ağrı arasında negatif yönde ($r=-.288$, $p<0.05$) ve anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Öte yandan tasarlama faktörü ile diğer alt faktörler olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Sonuç olarak Hipotez 5.b.v tasarlama faktörü ile bedensel ağrı arasındaki beklentinin aksine korelasyon ve diğer alt boyutlarla anlamsız korelasyonlar sebebiyle desteklenmemiştir.

ADEÖ'nün alt faktörü olan eylem sonrası faktörü ile SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık, mental sağlık,

sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık algısı arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda eylem sonrası faktörü ile enerji/canlılık arasında pozitif yönde ($r=.348$, $p<0.01$), mental sağlık ile pozitif yönde ($r=.261$, $p<0.05$) ve sosyal fonksiyon ile pozitif yönde ($r=.283$, $p<0.05$) ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Eylem sonrası faktörü ile fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, bedensel ağrı ve genel sağlık faktörleri arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu bulgular eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi (ters puanlar), eylem ve sürdürme faktörlerini içeren yapısı itibariyle Hipotez 5.a.v, 5.c.v ve 5.d.v’i destekleyici niteliktedir.

Buraya kadar olan bölümde çalışmamızın hipotezleri doğrultusunda gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin bulguları ele alınmış olup bir sonraki bölümde bu bulguların literatür ışığında tartışılması hedeflenmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, kronik ağrı tanısı almış kişilerin tedavi uyum ve motivasyonlarının objektif bir şekilde tespit edilerek, tedavi aşamasında izlenecek formülasyona yön vermesi amacıyla Kerns ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin (ADEÖ) kronik ağrı tanısı almış kişiler üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenirliğini gerçekleştirmektir. Bu amaç doğrultusunda Türkçe çevirisi yapılan ADEÖ, 186 kronik ağrı hastasına uygulanmıştır. Yapı geçerliği kapsamında önce madde analizi ve faktör analizi uygulanmış, sonra ölçeğin diğer yapılarla olan ilişkileri incelenmiştir. Güvenirliği için ise Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tartışma bölümünde çalışmanın bulguları literatür ışığında ele alınacaktır.

4.1. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Geçerlik Çalışması

4.1.1. Yapı Geçerliği ve İç Tutarlılığı

Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği için ilk olarak gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizi sonucunda dört faktörlü bir yapı ortaya konmuştur. Bu faktörler sırasıyla “tasarlama öncesi”, “tasarlama”, “eylem” ve “sürdürme” faktörleridir. Orijinal modele benzer şekilde meydana gelmesine rağmen bu faktör yapılarının güvenirlik katsayılarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür (“tasarlama öncesi” .65, “tasarlama” .67, “eylem” .68 ve “sürdürme” .71). Kerns ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olan Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin orijinal versiyonunda Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları tasarlama öncesi evresi (precontemplation) için .77, tasarlama evresi (contemplation) için .82, eylem evresi (action) için .86 ve sürdürme evresi (maintenance) için .86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Adachi ve arkadaşları (2019) tarafından 201 katılımcıyla (kadın n=133, erkek n=68) gerçekleştirilen, orijinal çalışmadaki gibi 30 madde ve dört faktörden oluşan Japon kültüründeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise sırasıyla tasarlama öncesi faktörü için .72, tasarlama faktörü için .77, eylem faktörü için .80 ve sürdürme faktörü için .80 olarak bildirilmiştir. Maurischat ve arkadaşları (2006) tarafından 247 katılımcıyla (%60 kadın, %40 erkek) gerçekleştirilen Ağrı

Değişim Evreleri Ölçeğinin Alman versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, yine dört faktörlü yapının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise tasarlama öncesi faktörü için .68, hazırlık faktörü için .76, eylem faktörü için .76 ve sürdürme faktörü için .68 olarak bildirilmiştir. Mevcut çalışmada, orijinali ve diğer bildirilen dört faktörlü yapıyı destekleyen uyarlama çalışmalarına kıyasla çok daha düşük iç tutarlılık katsayılarının farklı nedenleri olabilir. Bunlardan biri olarak örneklem özellikleri ifade edilebilir. Örneğin, Kerns ve arkadaşlarının çalışmasında (1997) kronik ağrı hastalarının ağrı türlerine göre dağılımları %40,2 bel ağrısı, %20,5 baş/boyun/omuz ağrısı ve %18,8 bacak ağrısı olarak raporlanırken, bu oranlar mevcut çalışmada %28,5'i birden fazla ağrı, %14,5 çene ağrısı, %13,4 bel ağrısı, %12,4 baş ağrısı, %8,6 pelvik ağrı, %6,5 fibromiyalji, %3,2 sırt ağrısı, %3,2 omuz ağrısı, %2,7 diz ağrısı, %2,2 bacak ağrısı, %2,2 kol ağrısı, %1,6 ayak ağrısı ve %1,1 boyun ağrısı olarak dağılmaktadır. Görüldüğü gibi Kerns ve arkadaşlarının çalışmasında (1997) katılımcıların ağrı türü kategorilerindeki sıklık dağılımlarının bel ağrısı grubundaki yüksek frekanslar dışında daha homojen olduğu varsayılabilir. Oysa mevcut çalışmada çok daha heterojen bir ağrı türü dağılımı söz konusudur. Söz gelimi, mevcut çalışmanın örnekleminde en yüksek oranda yer alan temporomandibular eklem (çene) ağrısı tanısı almış hasta sayısının oranı sadece yaklaşık %25'tir. Öte yandan kronik ağrı hastalarından toplanmış veriler ile yapılan farklı dillerdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına baktığımızda, hiçbir çalışmada temporomandibular eklem ağrısı hastalarından toplanan örnekleme rastlanmamaktadır (Adachi ve ark., 2019; Kerns ve ark., 1997; Maurischat ve ark., 2006; Monticone ve ark., 2014). Bu açıdan bakıldığında çalışmamız temporomandibular eklem ağrısı hastalarını dahil etmesi itibarıyla önemli sayılabilir. Temporomandibular eklem ağrısı etiyolojisine bakıldığında en belirgin semptomatik özelliklerden olan diş sıkma ve gıcırdatma problemi ile stres faktörleri ve diğer psikososyal özellikler arasındaki ilişkiler olduğu bildirilmektedir (Dıraçoğlu ve ark., 2016; Korszun, Papadopoulos, Demitrack, Engleberg ve Crofford 1998). Dolayısıyla, mevcut çalışmanın örneklemini mekanik ağrılar olarak da değerlendirilebilecek bel ve alt ekstremita ağrılarına kıyasla stresör ile ilişkili ağrı yakınmalarından mustarip bir katılımcı grubu oluşturmaktadır. Tüm bunlarla birlikte, orijinal çalışmada (Kerns ve ark., 1997) verilerin toplandığı örneklemin bel ağrısı,

baş/boyun/omuz ağrısı ve bacak ağrısından oluşmasında verilerin gazilerden de toplamış olmasının etkisi olduğu söylenebilir.

Orijinal çalışmanın örneklem grubunda cinsiyet dağılımının da birbirine yakın olduğu gözlenmektedir. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı bu tez çalışması ile dünya üzerindeki diğer bazı dillerde yapılmış olan çalışmaların katılımcı cinsiyet dağılımları birbirinden farklıdır. Mevcut çalışmada erkek katılımcı sayısının kadın katılımcı sayısına göre hem sayısal olarak az (erkek $n=47$, kadın $n=139$) hem de oransal olarak (erkek %25,3; kadın %74,7) düşük olması, çalışmanın güvenirlik katsayılarının yapılan diğer çalışmalardan daha düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatüre baktığımızda kadınlarda erkeklere göre ağrı semptomlarının görülme oranı iki kattan daha fazla olduğuyla ilgili çalışmalar da mevcuttur (Belfer, 2017). Bu bulgular bizim örneklemimizin cinsiyet dağılımını destekleyici niteliktedir. Sonuç olarak ADEÖ'nün Türkçe versiyonundan elde edilen bu faktör yapısının iç tutarlılıklarının daha homojen ağrı örneklemelerinde ve cinsiyet dağılımı daha eşit olan katılımcı profillerinde de değerlendirilmesi çalışmanın geçerlik ve güvenirlik değerlerinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir.

Bu katsayılar da görülen farklılıkların bir diğer olası nedeni de madde ve faktör analizi sonrası ölçekten elenen maddeler olabilir. Nitekim bu analiz neticesine göre orijinali 30 madde olan ölçekten toplam 13 madde çıkarılmıştır; ölçeğin son hali üçü tasarlama öncesi, dördü tasarlama, beşi eylem, beşi de sürdürme evresinde olmak üzere toplam 17 maddeye düşmüştür. Bu koşullar altında kalan maddelerin sayısı olarak her bir faktörün ölçmeye çalıştığı yapıyı yeterince kapsamıyor olduğu öne sürülebilir. Bu durumun madde sayısı azaldıkça iç tutarlılığın da azalacağı yönündeki beklentilerle uyumlu olduğu söylenebilir (Büyüköztürk, 2005). Örneğin, yukarıda da bildirilen farklı uyarlama çalışmaları içinde en düşük güvenirlik katsayılarının Alman versiyonunda (2006) olduğu söylenebilir. Madde sayısı azaldıkça Alman versiyonunda da güvenirlik katsayılarının düştüğü öne sürülebilir. Öte yandan ölçeğin mevcut çalışmadaki bu son halinde faktörlerin birbirleri ile olan korelasyonları incelendiğinde eylem ve sürdürme faktörünün birbiriyle güçlü pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Yine eylem ve sürdürme ile tasarlama öncesi arasında da anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Öte yandan tasarlama evresinin eylem hariç diğer iki evre ile

korelasyonlarının çok düşük ve anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular aynı ölçeğin Avustralya’da gerçekleştirilen (Strong ve ark., 2002) uyarlama çalışmasındaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Söz konusu uyarlama çalışmasında bu korelasyon katsayılarına dayanarak tasarlama boyutunun bir faktör, tasarlama öncesi boyutunun ters skorları, eylem ile sürdürmenin ise tek bir faktör olacak şekilde toplamda iki faktörlü bir yapının sınındığı ve kabul edildiği gözlenmektedir (Strong ve ark., 2002). Mevcut çalışmada bu sebeple Kerns’ün (1997) dört faktörlü orijinal modeline alternatif olarak Avustralya modelinin (Strong ve ark., 2002) de denenmesine karar verilmiştir. Bu modelde gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizi ve madde analizi, tasarlama faktörünün maddeleri için orijinal yapıya kıyasla hiçbir değişiklik olmadığından, toplamda 20 maddeden oluşan ikinci faktör için gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sonucunda yedi madde faktörden elenmiş olup “eylem sonrası” olarak adlandırılan faktörün son hali 13 maddeden oluşmuştur. Avustralya modelindeki bu ikinci faktörün mevcut çalışmada .80 olarak hesaplanan Cronbach alfa güvenirlik katsayısının ise Avustralya modelindekinden ($\alpha=.64$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu iki faktörlü modelin dört faktörlü orijinal modele kıyasla yüksek ve kabul edilebilir iç tutarlık katsayılarına sahip olduğu görülmüştür.

Öte yandan iki faktörlü Avustralya modelinde ilk faktör olan tasarlama evresinin iç tutarlılık açısından mevcut çalışmadan daha güçlü olduğu söylenebilir. Nitekim söz konusu çalışmada bu değer .84 olarak bildirilmişken, mevcut çalışmada .67 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte orijinal Avustralya uyarlamasında tasarlama evresi faktöründen hiçbir maddenin çıkarılmadığı, bu faktörün toplam 10 madde içerdiği görülmektedir. Mevcut çalışmada ise madde-toplam korelasyonları (1 ve 23 numaralı maddeler) ya da ortak varyans değerleri düşük olan (8, 15, 21 ve 28 numaralı maddeler) altı madde güvenirliği düşürmeleri sebebiyle çıkarılmış, son hâli dört maddeden oluşmuştur. Çıkan maddelerin içeriğine bakıldığında; “Ağrıyla başa çıkma yöntemimin gelişme gösterebileceğini düşünüyorum” (madde 1), “Ağrım geçmese bile, onunla başa çıkma şeklimi değiştirmeye hazırım” (madde 8), “Son zamanlarda, ağrıyla daha iyi başa çıkmanın bana bağlı olduğunun farkına vardım” (madde 15), “Ağrımı yönetmenin bir doktora bel bağlamak yerine bana bağlı olup olmadığını merak etmeye başlıyorum” (madde 21), “Doktorların ağrımı yönetme konusunda ancak bu kadar yardım edebileceğini, geri kalan her şeyin bana bağlı

olduğunu düşünüyorum” (madde 23) ve “Ağrımı daha iyi yönetebilmek için yapabileceğim bir şey olup olmadığını merak ediyorum” (madde 28) şeklindedir. Maddelerin içeriklerine bakıldığında 15, 21 ve 23. maddelerin baş etmeyle ilgili iç kontrol odaklı maddeler olduğu görülmektedir. Orijinal çalışmada (Kerns ve ark., 1997) hazırlık evresini temsil eden 8. maddeye baktığımızda ise bu maddenin taşıdığı anlamın daha ileri evreleri kapsadığı görülmektedir. Bu maddenin, biyomedikal yaklaşımlar yardımıyla ağrının geçmesi ile ilgili beklentilere sahip katılımcılar tarafından yanlış anlaşılmış ve bu sebeple ölçekte tutunamamış olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak, ağrıyla baş etmek için yeni bir yöntem arayışı içinde olmayı temsil eden maddelerin ölçekte kaldığı görülmektedir. Bununla birlikte yine de ölçekten çıkmış olan 1. ve 28. maddeler ise daha genel ifadeler olup, diğer kalan maddelerdeki kadar spesifik olmadıkları için elenmiş olabilirler. Bu sebeple tasarlama faktörünün iki farklı temayı barındırdığı söylenebilir. Bunlar ağrıyla başa çıkma konusunda iç kontrol odağı ile iç ya da dış kontrol odağından bağımsız olarak ağrıyla başa çıkma konusunda yeni yöntemlerin araştırılmaya başlandığı ifadelerdir. Dolayısıyla tasarlama evresi iki farklı yapıyı ölçüyor gibi görünmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında da tasarlama faktörünün hem hazırlık hem de tasarlama evresine ait maddeleri içerdiği belirtilmektedir (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve Rosenberg, 2000). Mevcut çalışmada da gördüğümüz bu yapı orijinal çalışmayı da destekleyici niteliktedir. Bu yapılardan ölçekte kalan maddeler yeni yöntemlerin var olacağına dair bir bilinç kazanmayı işaret eden maddeler olup TTM’nin tasarlama evresi tanımı ile örtüşmektedir. Çıkan maddeler açısından ise henüz tasarlama evresinde olanların iç kontrol odağının da çok yüksek olmadığına dair bir varsayımda bulunulabilir. Çünkü kişiler henüz eyleme hazır hale gelmemişlerdir (Maurischat ve ark., 2006; Prochaska ve Velicer, 1997).

Eylem sonrası faktörü açısından ise yukarıda da bahsedildiği üzere, mevcut çalışmada tasarlama faktöründe olduğu gibi bu faktörden de toplam yedi madde elenmiştir. Elenen maddeler olmasına rağmen eylem sonrası faktörü için Avustralya çalışmasına kıyasla (Strong ve ark., 2002) daha yüksek bir iç tutarlık katsayısı ($\alpha=.80$) hesaplanmıştır. Öte yandan Avustralya çalışmasında (Strong ve ark., 2002) bu değer .64 olarak bildirilmiştir. Eylem sonrası faktörü aslında içinde Kerns ve arkadaşlarının (1997) modelinde önerilen üç evreyi de barındırmaktadır; bunlar tasarlama öncesi,

eylem ve sürdürmedir. Ancak tasarlama öncesi evresi kavramsal olarak eylem ve sürdürme evreleri ile olumsuz ilişki içinde olduğundan, bu üç evre birleştirilirken tasarlama öncesi evrede yer alan maddelere verilen puanlar ters çevrilmiştir. Bu yöntem Avustralya modeline dayanmaktadır (Strong ve ark., 2002). Ancak her şeyden önce madde içeriklerine bakılacak olursa (11. madde, “Ağrımı yönetmek için önerilen her şeyi denedim fakat hiçbirinin faydası olmuyor.”; 24. madde, “Yapabileceğim en iyi şey, ağrımdan tek seferde ve tamamen kurtulmamı sağlayacak bir doktor bulmaktır.”; ve 25. madde, “Neden birileri ağrımı yok etmek için bir şey yapamıyor?”), ters çevrilmemiş haliyle bu ifadeler aslında dış kontrol odağına işaret eden ifadeler olarak yorumlanabilir. Örneğin; 24. madde, ağrının sihirli bir değnek ile hızlı bir şekilde doktor tarafından geçirilmesi ile ilgili bir beklentiyi içerirken, 25. madde, ağrıyı geçirmek için başkalarının bir şeyler yapması beklentisini içeren, dış kontrol odaklı yaklaşımların ön planda olduğu maddeleri kapsamaktadır. Dolayısıyla eylem sonrası faktörü, tasarlama öncesi evresine ait bu maddeler nedeniyle bir bakıma ağrıya başa çıkabilme konusunda kişinin ne denli kontrol sahibi olduğuna dair inançlarını da içeriyor görünmektedir. Tam da bu nokta, yukarıdaki bölümde tasarlama faktörü altında tartışılmış ve iç kontrol odaklı maddeleri içerdiği öne sürülmüş olan tasarlama faktöründen elenen maddelerin neden o faktörde tutunmadığına dair bir açıklama olarak da kabul edilebilir. Nitekim kontrol inançları düzeyi, daha çok eyleme yakın olup olmamakla ilgili bir ölçüm gibi gözükmektedir. Bu tartışma ekseninde eylem sonrası faktörünün tasarlama öncesi evresi kapsamına girip de faktörden çıkmış maddeler değerlendirildiğinde ise 12.madde (“Ağrı tıbbi bir problem ve bunun çözümü için hekimlere danışmalıyım.”), 16.madde (“Konuştuğum herkes bana ağrıyla yaşamayı öğrenmem gerektiğini söylüyor fakat neden buna mecbur olduğumu anlayamıyorum.”) ve 22. madde (“Doktorların bana söylediğinin aksine, ağrımı yok edecek birtakım cerrahi müdahaleler ya da ilaçlar olabileceğini hâlâ düşünüyorum.”) her ne kadar dış kontrol odaklı maddeler gibi görülse de her şeyden önce bu maddelerin daha karmaşık ifadelerden oluştuğu öngörülebilir. Nitekim ölçek geliştirme teorilerine göre; maddelerin tek bir önermeyi içermesi, birden fazla önermeyi içeren maddelerin çift madde olarak kabul edilmesi ile ilgili öngörülerden bahsedilmektedir (Büyüköztürk, 2005). Sonuç olarak mevcut çalışmada eylem sonrası faktöründe kalan

tasarlama öncesi evresi maddeleri, ağrı yönetimine ilişkin kontrol odağı beklentilerini değerlendirme amacını taşıyan ifadeler olarak düşünülebilir.

Yukarıda da bahsedildiği üzere Avustralya modelindeki ikinci faktör, eylem evresini de içermektedir. Kerns ve arkadaşlarının modelinde (1997) bu evre toplam altı madde ile ölçülmüş olup, Avustralya çalışmasında bu maddelerin tamamı korunmuş, mevcut çalışmada ise beş madde kalmış ve sadece 26. madde (“Ağrımı kontrol etme konusunda doktorlar olmadan da kendi kendime yetmeyi öğreniyorum.”) elenmiştir. Bu madde hazırlık aşamasından yeni çıkmış, henüz yeni yöntemler öğrenme aşamasına adım atmış kişileri temsil ediyor olabilir. Nitekim TTM’e göre, eylem evresinde davranış değişimi konusunda öğrenilen yeni becerilerin iyice yerleşmesi için sosyal destek önemli bir değişim yöntemi olarak ifade edilmektedir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Dolayısıyla doktorlar olmadan da kendi kendine yetebilmekle ilgili olan bu madde eylem evresinin kavramsal temeline çok da uygun bir madde olmadığı için ölçekten çıkmış olabilir. Öte yandan mevcut çalışmadaki eylem sonrası faktörü aynı zamanda orijinal modeldeki (Kerns ve ark., 1997) sürdürme evresine ait içerikleri de barındırmaktadır. Avustralya çalışmasında da bu içeriklerin hiçbir faktörden çıkarılmamıştır (Strong ve ark., 2002). Bununla birlikte, mevcut çalışmanın madde ve AFA sonuçlarında çıkan maddelere baktığımızda (10. madde: “Ağrımı kontrol altında tutmak için öğrendiklerimi kullanıyorum.”; ve 13. madde: “Son günlerde, ağrı problemimle nasıl yaşayacağım konusunda insanların vermiş olduğu bazı önerileri uyguluyorum.”) içeriklerin sürdürme evresinde kazanılmış olan davranış değişikliği becerilerinin sürekliliğine işaret etmektense, daha yeni başlangıç aşamasında olanlara dair anlamlar barındırdığı söylenebilir. Öte yandan, bu maddelerin henüz öğrenme aşamasında olduğuna dair ifadeleri içerdiği iddia edildiğinde, eylem sonrası faktöründe eylem evresine dair ifadeler de bulunduğundan bu ifadeler sebebiyle akla neden bu maddelerin bu faktörde tutunamadığı sorusu gelebilir. Eylem evresindeki maddelere bakıldığında, hazırlık evresi ve eylemin başlangıç aşamasındaki davranış değişikliği stratejilerine işaret eden ifadelerden oluştuğu görülmektedir. Çıkan bu iki madde eylemin sonlarına doğru ve sürdürmeye henüz geçmeden önceki, eylemin son aşamalarına denk gelen ifadeler olarak gözükmektedir. Tüm bu bulgular davranış değişikliği kazanıldıktan sonra geçen süreçle ilgili hem Ağrı Değişim Evreleri Modeli (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve

Rosenberg, 2000) açısından hem de Transteorik Model (Prochaska ve DiClemente, 1982) açısından bir arada düşünüldüğünde, eylem ve sürdürme evresi arasında başka bir evrenin olabileceği fikrini de akla getirmektedir. İleriki çalışmalarda eylem sonrası evrelerin sayısı ve niteliği açısından öte çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Tam da bu noktada sürdürme evresi kapsamında olup da eylem sonrası faktöründe kalan maddelerin de içeriklerine bakılabilir. Örneğin 3. madde (“Ağrı problemimin hayatımı etkilemesini önlemek için bazı iyi yöntemler öğrendim.”), 4. madde (“Ağrım arttığı zaman, kendimi geçmişte işe yaramış olan rahatlama egzersizleri ya da zihin dağıtma teknikleri gibi başa çıkma stratejilerini (yöntemlerini) otomatik olarak kullanırken buluyorum.”), 5. madde (“Ağrı problemimle daha iyi başa çıkabilmemi sağlayan bazı stratejileri(yöntemleri) her gün kullanıyorum.”), 17. madde (“Ağrımın üstesinden gelebilmek ile ilgili stratejileri (yöntemleri) günlük hayatıma dahil edebildim.”) ve 18. madde (“Ağrıyla başa çıkma konusunda çok yol kat ettim.”) sürdürme evresinin kavramsal çerçevesine de uyan, gerçekleşmiş olan davranış değişikliğinin belli bir zamana yayıldığını ve uzun bir süredir devam ettiğini işaret eden (Prochaska ve DiClemente, 1982, 1992; Prochaska ve Velicer, 1997) ifadeler şeklindedir.

Bu noktaya kadar mevcut çalışmanın madde analizi, AFA ve güvenirlik bulguları Kerns ve arkadaşlarının (1997) orijinal modeli ve Avustralya çalışmasının (2002) iki faktörlü modeli çerçevesinde tartışılmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte Ağrı Değişim Evreleri modelini yansıtan söz konusu ölçüm aracının uyarlamasının yapıldığı başka çalışmalar da daha önce de bahsedildiği gibi mevcuttur. Bu çalışmaların sonuçlarını da ele alarak faktör yapısı ile ilgili tartışmayı zenginleştirmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin 2002 yılında %51’i kadın, %49’u erkek olmak üzere 116 katılımcı ile yapılan Alman kültüründeki ilk geçerlik ve güvenirlik çalışmasına baktığımızda; ölçeğin tasarlama öncesi, hazırlık, eylem ve sürdürme faktörlerinden oluşan 26 maddelik bir yapıdan oluştuğu raporlanmıştır (Maurischat ve ark., 2002). Bu çalışmadan sonra Alman araştırmacılar Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği geçerlik ve güvenirlik değerlerini yeniden sınamak amacıyla daha kapsamlı bir çalışma gerçekleştirmişlerdir (Maurischat ve ark., 2006). İlk çalışmadaki modelin 26 maddelik son halini geliştirmek maksadıyla, %60’ı kadın, %40’ı erkek 247 katılımcıdan oluşan bu çalışmada faktörlere uygun yeni

maddeler eklemişlerdir. Bu ikinci çalışmada eylem faktöründeki maddeler ilk çalışmadakiyle aynı kalmak suretiyle, tasarlama öncesi faktörüne 1, hazırlık faktörüne 1, sürdürme faktörüne dört ve ilk çalışmada olmayan tasarlama faktörü için ise sekiz madde ekleyerek, 40 maddelik Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin genişletilmiş haliyle veriler toplanmıştır. Son haliyle Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alman kültüründe yapılan kapsamlı adaptasyon çalışmasının faktörlerinin madde sayıları tasarlama öncesi için 5, hazırlık için 4, eylem için 4 ve sürdürme için de 4 madde olarak bildirilmiştir. 17 madde ve 4 faktörden oluşan bu versiyonun Freiburg Questionnaire-Stages of Chronic Pain Management (Freiburg Ölçeği-Kronik Ağrı Yönetimi Evreleri) olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Maurischat ve ark., 2006). Ancak makalede bu yeni versiyonun maddelerinin 2002 tarihli çalışmadaki versiyonun maddeleriyle %100 örtüştüğü rapor edilmiştir. Bir başka deyişle, ikinci çalışmada eklenen yeni maddelerin hiçbirisi ölçekte tutunamamıştır. Dolayısıyla ADEÖ Alman uyarlaması da Kerns ve arkadaşlarının önerdiği 30 maddelik versiyonun 17 maddeye düşmüş kısa bir formu olarak son halini almıştır.

Dünya üzerinde gerçekleştirilen ADEÖ'nün diğer adaptasyon çalışmalarının faktör yapılarına da kısaca bakmak yerinde olacaktır. Örneğin Adachi ve arkadaşlarının (2019) 201 kronik ağrı hastası üzerinde gerçekleştirmiş olduğu, ADEÖ'nün Japon kültüründeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasında orijinal ölçek çalışması ile paralel gerçekleşen dört faktörlü bir yapı olduğu ifade edilmiştir (Adachi ve ark., 2019). Monticone ve arkadaşlarının (2014) 308 kronik sırt ağrısı hastasından elde ettiği veri ile yapmış olduğu Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin İtalyan kültüründeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasında yine ölçeğin orijinal yapısına benzer şekilde dört faktörlü bir yapıdan oluştuğu ifade edilmiştir (Monticone ve ark., 2014). Öte yandan, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin İngiliz toplumunda gerçekleştirilen versiyonunda ise eylem ve sürdürme evreleri tek faktöre yüklenmiş olan, toplamda üç faktörlü bir yapıdan bahsedilmiştir (Carr ve ark., 2006). Norveç'te ise 231 kişilik kronik ağrı hastası örneklemini ile gerçekleştirilen (2014) ADEÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, eylem ve sürdürme faktörleri arasında düşük ayırt edicilik ve yüksek pozitif korelasyonun olduğu, bu iki evrenin tek bir faktör olarak daha uyumlu olduğu bildirilmiştir (Roe ve ark., 2014). Jensen ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları, ADEÖ'nün psikometrik değerlendirmesiyle ilgili bir başka çalışmada da

ölçeğin yalnızca tasarlama aşamasında olan katılımcıları ayırt edebildiği bildirilmiştir (Jensen ve ark., 2000). Eylem ve sürdürme faktörlerinin aynı öz yönetim aşamasını ölçtüğü, bu evrelerde olan katılımcıların birbirlerinden farklı olmak yerine benzer özelliklere sahip katılımcılar oldukları ifade edilmiştir (Jensen ve ark., 2000).

Tüm bu açıklamalar bir arada değerlendirildiğinde mevcut çalışmanın yukarıda bahsedilen diğer kültürlerde gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından faktör yapısı itibarıyla farklı olduğu görülmektedir. Buna karşın literatüre baktığımızda mevcut çalışmada sınanan orijinal dört faktörlü yapıya kıyasla iki faktörlü yapının Avustralya versiyonu ile daha çok uyduğu ifade edilebilir. Alman versiyonuyla ise (Maurischat ve ark., 2002 ve 2006) madde sayısı bakımından benzerlik olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte Alman versiyonları ile ilgili makalelerde kalan ya da çıkan maddeler belirtilmemiş olup, mevcut çalışmadaki kalan maddelerle ölçeğin son halinin içerik açısından Alman versiyonu ile ne denli benzerlik gösterdiğini ele almak mümkün olmamıştır. Tüm bunlarla birlikte yukarıda özetlenmeye çalışılmış olan ve ADEÖ'nün diğer kültürlerde gerçekleştirilen adaptasyon çalışmalarının tümünde eylem ve sürdürme faktörlerinin farklı evrelerdeki kişileri tespit etmede yetersiz kaldığından bahsedilmiş olup (Carr ve ark., 2006; Maurischat ve ark., 2006; Roe ve ark., 2014; Strong ve ark., 2002), Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin, TTM'nin evrelerini birbirinden ayırt etmede yeterince başarılı olmadığı tartışılmaktadır. Öte yandan, Avustralya ve mevcut çalışma dışında hiçbir çalışma iki faktörlü yapıyı denememiştir. Bu iki faktörlü modelin kişilerin niyet ve davranış arasındaki konumunu tespit etmede dört faktörlü modele kıyasla daha işlevsel olacağı ön görülebilir. Tüm bu tartışmalar ışığında iki faktörlü yapı ile eyleme giden süreçte değişim motivasyonunun değişme niyeti (eylem öncesi) ve eylem süreci (eylem ve sonrası) olmak üzere iki yapı altında daha tutarlı şekilde ele alınıp alınamayacağı öngörüsü ileriki çalışmalarda da sınanmaya açıktır.

Sonuç olarak, kısaca özetlemek gerekirse, ADEÖ'nün orijinali 30 maddeden oluşan dört faktörlü yapısına kıyasla mevcut çalışmada Avustralya modeline dayanarak sınanan iki faktörlü yapının iç tutarlık katsayıları daha uygun bulunmuş, çalışmanın diğer hipotez sınamalarında toplam 17 maddeden oluşan bu iki faktörlü yapı dikkate alınmıştır.

Bundan sonraki aşamada ilk olarak bu iki faktörlü yapının doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiş, aynı zamanda Kerns ve arkadaşlarının orijinal dört faktörlü yapısı da (1997) doğrulanmaya çalışılmış; bu analizlerden elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde gözlenen 17 maddeli iki faktörlü yapı için yürütülen Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin iki faktörlü yapısının uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu gözlenmiştir. Kerns ve arkadaşlarının (1997), 30 maddeli dört faktörlü orijinal yapısının mevcut çalışmadan elde edilen uyum iyiliği değerleri ile karşılaştırıldığında mevcut çalışmadaki iki faktörlü yapının uyum iyiliği değerlerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç da yine dört faktörlü yapıya kıyasla değişim motivasyonunun iki faktörlü bir yapı olarak ele alınmasının daha uygun olabileceğini düşündürse de Almanya uyarlama makalesinde (2006) Kerns ve arkadaşlarının dört faktörlü modeli ile uyumlu ancak 30 değil 17 maddeli versiyonunun uyum iyiliği değerlerinin neredeyse tamamının iyi sınırlar düzeyinde olduğu rapor edilmiştir. Söz konusu çalışmada DFA örneklemini (n=247) AFA örnekleminin (n=247) farklıdır. Ayrıca Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Alman versiyonu için toplanan örneklemin sahip olduğu kronik ağrı türlerinin dağılımı da mevcut çalışmadakinden farklı özellikler göstermektedir; örnekleminde fibromiyalji sendromu vakaları bulunmamakta, %70'e yakını alt ekstremité ağrısı yaşayan katılımcılardan oluşmaktadır (Maurischat ve ark., 2006). Tüm bu gerekçeler çalışmalar arası farklılıklarda rol oynamış olabilir.

4.2. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkileri

Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında diğer ölçeklerle olan ilişkileri incelenmiştir. Bu amaçla, Türkçeye adaptasyonu Sertel Berk (2006) tarafından yapılan Ağrı İnançları Ölçeği, Türkçeye adaptasyonu Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Türkçeye adaptasyonu Hocaoglu, Sertel Berk ve Ketenci (2019) tarafından yapılan Ağrıyla Baş Etme Envanteri, Türkçeye adaptasyonu Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan Hasta Sağlık Anketi ve Türkçeye adaptasyonu Demirsoy (1999) tarafından yapılan SF-36 Sağlık Taraması dahil edilmiştir. Bu ölçeklerin Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe versiyonunun alt faktörleri ile olan korelasyonları incelenmiştir.

Yapılan bu analizler sonucunda Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörü olan tasarlama faktörüyle Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutları olan aktif baş etme ve pasif baş etme arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır. Uzunkaya'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada kronik ağrı hastalarında, kronik ağrının oluşturduğu stres arttıkça hastaların bu stresle baş etmede kullandıkları pasif baş etme stratejilerinin de arttığı; pasif baş etme düzeyinin artmasıyla da ağrıya bağlı engellilik düzeyinin artış gösterdiği ifade edilmiştir (Uzunkaya, 2019). Kerns ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen (1997) Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin orijinal çalışmasına baktığımızda ise ağrıyla aktif baş etmenin tasarlama öncesi faktörü ile güçlü negatif ilişkisi olduğu, sürdürme faktörüyle de pozitif ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe adaptasyonunu konu edinen bu çalışmada da Kerns ve arkadaşlarının (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve Rosenberg, 2000) çalışmasındaki bulguya ve Uzunkaya'nın (2019) çalışmasındaki bilgiye paralel şekilde, tasarlama öncesi (ters puanları), eylem ve sürdürme faktörlerini kapsayan eylem sonrası faktörüyle aktif baş etme arasında pozitif yönde ve anlamlı, pasif baş etmeyle ise negatif yönde ve anlamlı ilişki gözlenmiştir. Transteorik modelin temel oluşturduğu Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinde, kişinin içinde bulunduğu davranışın değişimi ile ilgili gelecek altı ay içerisinde hiçbir değişiklik planlamadığı tasarlama öncesi evresinden, kişiyi son evre olan en az altı aydır değiştirdiği davranışı devam ettirdiği sürdürme evresine gelişinin sürecini tespit etmek amaçlanmaktadır (Kerns ve ark., 1997; Kerns ve Rosenberg, 2000). Bu evreler arası ilerleyişin olumlu anlamda olmasının yolu ise kişinin sahip olduğu pasif baş etme yöntemlerinin yerini aktif baş etme yöntemlerinin almasıdır (Uzunkaya, 2019). Bu bağlamda eylem sonrası faktörünün puanları ile beklendiği üzere aktif ve pasif baş etme puanları arasındaki bu ilişkiler TTM'nin bu beklentisini de destekler niteliktedir. Kerns ve arkadaşlarının yapmış olduğu orijinal çalışmada da (1997) baş etme yöntemleri ile korelasyonların tasarlama öncesi ve sürdürme faktörleriyle gözlenmesi bizim çalışmamızda bu iki faktörü içeren eylem sonrası faktörünün anlamlı ilişkileri ile uyumludur. Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutları olan aktif baş etme ve pasif baş etmenin Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörlerinden tasarlama faktörüyle herhangi bir anlamlı korelasyon göstermemesinin ise olası açıklamalarından biri kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklar olabilir. Kerns ve arkadaşları çalışmalarında Vanderbilt Ağrı

Yönetimi Envanteri (Brown ve Nicassio, 1987) içinde yer alan aktif baş etme ve pasif baş etme boyutlarını kullanmış olup, mevcut çalışmada yalnızca ağrıyla spesifik baş etme stratejilerini değerlendiren bir ölçüm aracından faydalanılmıştır. Bu ölçeğin her iki boyutunun içinde de ayrı stratejilerin değerlendirildiği faktörler yer almakla birlikte, bu çalışmada başa çıkma ölçümü için kullanılan ölçeğin toplam iki boyut puanı ile analizler gerçekleştirilmiştir. Ayrı ayrı alt faktörlere bakıldığında farklı örüntüler bulunabilmesi de mümkün olabilir. Tüm bunlarla birlikte diğer kültürlerde gerçekleştirilen adaptasyon çalışmalarında da benzer şekilde tasarlama evresi puanlarının genel olarak değerlendirilen diğer ölçümlerle anlamlı ilişki göstermediği de dikkat çekmektedir (Carr ve ark., 2006; Roe ve ark., 2014; Strong ve ark., 2002).

Öte yandan yukardaki tartışmalar bağlamında, kişinin ağrı ile değil de genel olarak stresle nasıl başa çıktığını değerlendiren Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları ile ADEÖ puanları arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Bu çalışmada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin aktif başa çıkma yöntemlerinden olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyut puanlarının tasarlama öncesi faktörüyle negatif yönde, tasarlama, eylem ve sürdürme faktörleri ile ise pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler göstermesi beklenmiştir. Bu ilişkiler bağlamında, tasarlama faktörü puanları ile yalnızca aktif başa çıkma yöntemlerinden olan sosyal destek arama puanları arasında negatif ve anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu eylem öncesi evrelerden biri olan tasarlama evresinde bulunanların sosyal desteğe daha az başvurdukları şeklinde de yorumlanabilir. Nitekim eylem ve sonrası evrelere gidildikçe sosyal desteğe duyulan ihtiyaçta da artış olacağı bizzat TTM literatüründe de önerilmektedir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Değişim yöntemleri açısından bakıldığında da TTM evreleri içinde sosyal destek ağlarının genişletilmesi ile ilgili yöntemlerin daha ziyade eyleme yakın evrelerde kullanılması tavsiye edilmektedir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008; Prochaska ve Velicer, 1997). Bununla birlikte tasarlama faktörünün, aktif başa çıkmayı temsil eden alt boyutlar olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarıyla, pasif başa çıkmayı temsil eden alt boyutlar olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarıyla beklentilerin aksine anlamlı ilişkiler göstermemiş olması mevcut çalışmada ölçekten çıkmış maddeler sebebiyle ölçeğin tasarlama boyutunun temsil ediciliğindeki zayıflamayı da akla getirmektedir.

Bu faktörün TTM evrelerinden tasarlama evresini daha temsil edici şekilde ölçebilmesi amacıyla yeni bir revizyon çalışmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Tasarlama öncesi faktörü (ters puanları), eylem ve sürdürme faktörlerini kapsayan eylem sonrası faktörüyle, SBÇTÖ'nün alt boyutları arasındaki korelasyonlarına bakıldığında; SBÇTÖ'nin aktif başa çıkma yöntemlerini temsil eden alt boyutlarından olan kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun puanlarıyla eylem sonrası faktörü arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Öte yandan ağrıya spesifik olmayan genel başa çıkma tarzlarını değerlendiren Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin pasif başa çıkma yöntemlerinden olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarının, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörü olan eylem sonrası faktörü ile negatif yönde ve anlamlı korelasyon göstermesi beklenmiştir. Eylem sonrası faktörüyle çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Adachi ve arkadaşları (2019) tarafından Japon kültürü örnekleminde yapılmış olan adaptasyon çalışmasında yine mevcut çalışmanın bulgularına benzer şekilde tasarlama öncesi faktörünün pasif baş etme yöntemleriyle, eylem faktörünün ise aktif baş etme yöntemleriyle pozitif yönde güçlü olmayan ancak anlamlı korelasyonlar gösterdiği, buna karşın sürdürme faktörünün herhangi bir baş etme yöntemi ile anlamlı ilişki içerisinde olmadığı bildirilmiştir (Adachi ve ark., 2019). Jensen ve arkadaşlarının yapmış olduğu (2003) Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin başa çıkma yöntemleri ile ilişkisini inceleyen çalışmada ise tasarlama öncesi evresiyle işlevsiz başa çıkma yöntemleri arasında, eylem ve sürdürme evreleri ile işlevsel başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğu ifade edilmiştir (Jensen ve ark., 2003). Literatüre baktığımızda, baş etme yöntemlerinin tasarlama öncesi evresinden sürdürme evresine doğru ilerledikçe pasif baş etmeden aktif baş etme yöntemlerine doğru geliştiği bildirilmektedir (Hasenbring ve Pincus, 2015). Bu bağlamda tasarlama öncesi evresinden sürdürme evresine doğru ilerleyen kişi öğrendiği uygulanabilir başa çıkma stratejilerini kullanma eğiliminde ve pasif başa çıkma stratejilerini kullanmaktan kaçınma yöneliminde olabilir (Jensen, Nielson ve Kerns, 2003).

Özetlemek gerekirse, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörlerinin hem Ağrıyla Baş Etme Envanterinin alt boyutlarıyla hem de Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin alt boyutlarıyla anlamlı korelasyonlarının Avustralya çalışmasına dayanarak

sınanan tasarlama öncesi, eylem ve sürdürme faktörlerini içinde barındıran eylem sonrası faktörde toplanmış olması, bu faktörü destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Öte yandan ikinci faktör olan tasarlama evresi için ise öte kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Mevcut çalışmanın yapı geçerliği kapsamında ayrıca Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörleri ile Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutları olan organik inanç ve psikolojik inanç ile aralarındaki korelasyonlara bakılmıştır. Ağrı İnançları Ölçeğinin hem organik inanç alt boyutu hem de psikolojik inanç alt boyutunda yükselen puanlar dış odaklılığa işaret etsede, ağrının kaynağının kontrol edilebileceğine yönelik bir kavramsal temele dayandığından, tasarlama ve eylem sonrası faktörleri ile pozitif ve anlamlı korelasyon göstermeleri beklenmiştir. Ancak, bulgulara bakıldığında yukarıda bahsi geçen diğer ölçeklerde de büyük çoğunlukla gözlemlendiği gibi yine tasarlama faktörüyle Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutları arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Eylem sonrası faktörünün ise Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan organik inançlar ile arasında beklenildiği gibi pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Buna karşılık eylem sonrası faktörü ile psikolojik inançlar alt boyutu arasındaki ilişkinin de anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Özetle, Ağrı İnançları Ölçeğinin alt boyutu olan psikolojik inançların, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin hiçbir alt faktörü ile anlamlı korelasyon içinde olmadığı gözlenmiştir. Bilhassa tasarlama evresi ile ilgili sonucun temel sebeplerinden biri örneklemelerin tamamının fiziksel tıp kliniklerinde, fiziksel ve tıbbi destek alma talebiyle hastanelerin ilgili polikliniklerine başvurmuş kişilerden toplanması olabilir. Bir başka değişle, örnekleme oluşturan katılımcılar hali hazırda kliniklere tedavi için başvurmuş katılımcılardır. Katılımcıların bu özellikleri itibarıyla tasarlama evresinden daha ileri bir evrede oldukları öne sürülebilir. Nitekim literatürde de tedaviye başvuru aşamasında olanların tasarlama evresinden daha öte bir değişim evresinde bulundukları da tartışılmaktadır (Jensen ve ark., 2000; Strong ve ark., 2002). Bu tartışmalara detaylı bakıldığında tasarlama evresindeki bir ağrı vakasına kliniğe başvurmuş olanlar içinden ulaşılamayacağı da ileri sürülmektedir. Eylem sonrası evre ile ilgili mevcut çalışmanın sonuçları açısından ise, Kerns ve arkadaşlarının (1997) değerlendirmeleri ele alınabilir. Kerns ve arkadaşları (1997) son evre olan sürdürme boyutunda yer alan maddelerin hem ağrıyı azaltma hedefiyle kullanılan davranışsal girişimleri hem de bu

girişimleri kullanabilmeyeyle ilgili kontrol algısını da beraberinde değerlendirdiğini belirtmektedir. Bu çerçevede ele alındığında, özellikle de fiziksel yakınmaları ile çoğu ilk defa olmak üzere bir psikoloğa yönlendirilmiş olan bu katılımcıların kontrol atıflarının daha çok organik olabileceği öne sürülebilir (Sertel 2000; Sertel-Berk, 2006, 2020). Ağrıya yönelik psikolojik kontrol atıflarından ziyade organik kontrol atıflarının eylem sonrası evre ile anlamlı bir ilişki göstermiş olması bu açıklamalar doğrultusunda beklendiği bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Kerns ve arkadaşları (1997), kronik ağrı hastalarının sahip olduğu duygu durumun ağrı tedavisinde fiziksel tedavilerin ardında ikinci planda değil, multidisipliner bakış açısıyla tedavinin merkezinde konumlanması gerektiğinden bahsetmiş olduğundan (Kerns ve ark., 1997), mevcut çalışmada Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında ADEÖ'nün alt faktörleriyle Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları olan genel sağlık değerlendirme, genel anksiyete, kaygı atakları ve depresyon arasındaki ilişkilere de bakılmıştır. Nitekim, kronik ağrıyla ilgili psikolojik ve davranışsal araştırmalarda, hastaların ağrı inançlarının ve stresle başa çıkma stratejilerinin yanı sıra depresif ve anksiyeteli duygu durumlarının ağrı deneyimleri ile ilişkilerine odaklanmaktadır (Jensen, Nielson ve Kerns, 2003; Stubbs ve ark., 2017). Bu doğrultuda, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörü olan tasarlama faktörü ile Hasta Sağlık Anketi alt testleri olan genel sağlık, genel anksiyete, kaygı atakları ve depresyon arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olması beklenmiştir. Analizlere göre tasarlama faktörü ile genel sağlık, genel anksiyete, kaygı atakları ve depresyon arasında yine herhangi bir anlamlı korelasyon bulunamamıştır. ADEÖ'nün İtalyan kültüründe gerçekleştirilen adaptasyon çalışmasında ise, yalnızca tasarlama değil ölçeğin tüm faktörlerinin anksiyete ve depresyon ile düşük korelasyonlar gösterdiği bildirilmiştir (Monticone ve ark. 2014). Öte yandan, mevcut çalışmada eylem sonrası faktörünün Hasta Sağlık Anketinin alt boyutları ile negatif yönde anlamlı ilişki içerisinde olması beklenmiştir. Korelasyon sonuçlarına bakıldığında bu beklentilerin karşılandığı görülmüştür. Jensen ve arkadaşlarının (2003) kronik ağrı hastaları ile yapmış olduğu çalışmada, tasarlama öncesi evresinin depresyon puanlarıyla pozitif yönde ve anlamlı, eylem ve sürdürme evrelerinin depresyon puanları ile negatif yönde ve anlamlı ilişkisinin olduğu, ancak tasarlama evresi ile herhangi bir ilişki kurulamadığı bildirilmiştir (Jensen, Nielson ve Kerns,

2003). Dolayısıyla mevcut bulgular Jensen ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu çalışmanın bulgularıyla paraleldir. Ancak, Stubbs ve arkadaşları tarafından (2017) az gelişmiş veya gelişmekte olan 47 farklı ülkeden 237.952 kişiden toplanan örneklem ile gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında ise, 47 ülkenin 44'ünde anksiyete kontrol edildiğinde depresyon ile yaygın ağrının güçlü ilişkisinin olduğu, bu yüzden komorbite açısından depresyonun değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Stubbs ve ark., 2017). Yapılan bu çalışmada aynı zamanda anksiyetenin depresyon puanları ile kıyaslandığında kronik ağrı ile ilgili özellikler üzerindeki yordayıcılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Angst ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu bir çalışmada ise, kronik ağrının değişimi ile depresyon puanlarının değişimi arasındaki ilişkinin, diğer bedensel semptomlar ile olan ilişkiye göre daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Angst ve ark., 2020). Bu sebeple, depresyonun ağrı yaşantısı açısından anksiyeteden daha güçlü bir yordayıcı olduğu düşünülebilir. Mevcut çalışmada ise anksiyete ve depresyon açısından elde edilen korleasyon katsayıları birbirine çok benzerdir. Öte yandan Angst ve arkadaşları (2020) ile Stubbs ve arkadaşlarının (2017) makalelerinde ağrı değişim motivasyonu üzerinden bir değerlendirme yapılmamıştır. Anksiyete ve depresyon ile ağrı tedavi motivasyonu arasındaki ilişkilere dair farklı ağrı örneklemelerinde öte çalışmalar yapılabilir. Tüm bunlarla birlikte genel olarak değerlendirildiğinde mevcut çalışmadaki bu bulguların literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Kronik ağrı hastalarında yaşam kalitesi de ağrı ile ilişkili önemli değişkenlerden biridir (Stubbs ve ark., 2017). Bu bağlamda, Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında aynı zamanda SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutları ile Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin alt faktörleri arasındaki korelasyonlar da incelenmiştir. Ölçeğin tasarlama faktörü ile SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olması beklenmiştir. Ancak analiz sonuçlarına bakıldığında, tasarlama faktör puanlarının sadece SF-36 Sağlık Taramasının bedensel ağrı alt boyutunun puanlarıyla negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görülmüştür. Buna göre kişi eğer tasarlama evresinde bulunuyorsa bedensel ağrı açısından yaşam kalitesinin de düşük olabileceği öne sürülebilir. Söz konusu bu bulgu mevcut çalışmanın beklentileri ile

uyuşmamaktadır. Bununla birlikte, yukarıda diğer ölçeklerle olan anlamsız ilişkileri bağlamında değerlendirildiğinde, mevcut çalışmada sınanan iki faktörlü yapının bileşenlerinden biri olan tasarlama faktörünün transteorik model (Prochaska, Redding ve Evers, 2008) ve ağrı değişim evreleri modelinde (Kerns ve ark., 1997) tanımlanan evre özelliklerini temsil etmediği öne sürülebilir. Gözlenen bu ters yönlü ilişki tasarlama evresinin eylem sonrası evrelerden farklı ve eyleme yönelik motivasyon açısından olumsuz bir niteliğe sahip olabileceğini akla getirmektedir. Aynı zamanda bu noktada ele alınması gereken bir diğer husus da, bu faktörün diğer geçerlik ölçekleri ile sosyal desteğe başvurma başa çıkma puanları hariç anlamsız ilişkilerine kıyasla bedensel ağrı ile ilgili yaşam kalitesi puanları ile anlamlı ve orta güçte ilişki göstermiş olmasıdır. Bu durum evre modellerini ağrı yaşantısı bağlamında ele alırken ağrı özelliklerinin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim Hollanda ve Avustralyadaki adaptasyon çalışmalarında da benzer bir iddia öne sürülmüştür (Dijkstra ve ark., 2001; Strong ve ark., 2002). Bu bağlamda tasarlama evresinde yükselen puanlar ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiler de ayrıca incelenmesi ve bu evrenin değerlendirmesinin buna göre revize edilmesi önerilebilir.

Ölçeğin diğer bileşeni olan eylem sonrası faktörü ile SF-36 Sağlık Taramasının alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık puanları arasında ise pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olması beklenmiştir. Ancak eylem sonrası faktörün yalnızca enerji/canlılık, mental sağlık ve sosyal fonksiyon puanları ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur. Bir başka değişle SF-36 Sağlık Taramasının fiziksel işlevsellik ve ağrı ile ilgili olan alt test puanları ile anlamlı ilişkiler gözlenmemiştir. Bu durum, tasarlama faktörü için gözlenen korelasyonlarla beraber değerlendirildiğinde, tasarlama evresinden eylem sonrası evrelere ilerlemede psikososyal işlevselliğin, tasarlama evresinde ise daha çok ağrı ile ilgili işlevselliğin ayırt edici olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular aynı zamanda Avustralya’da gerçekleştirilen adaptasyon çalışmasında (Strong ve ark., 2002) bahsedilmiş olan ve mevcut çalışmada da ön plana çıkan iki faktörlü yapının desteklendiği yönünde de yorumlanabilir.

Tüm bu değerlendirmeler bir arada ele alındığında ADEÖ'nün tasarlama öncesi ve eylem evrelerinin düşük iç tutarlık katsayıları diğer dillerde gerçekleştirilen çalışmalarda da benzer şekildedir. Eylem ve sürdürme evrelerinin birbiri ile göstermiş olduğu yüksek korelasyonel değerler ölçeğin bu iki yapıyı birbirinden iyi bir şekilde ayıramadığı yine diğer dillerde gerçekleştirilen çalışmalarda da bahsedilen konulardandır (Carr ve ark., 2006; Dijkstra ve ark., 2001; Roe ve ark., 2014; Strong ve ark., 2002). Kerns ve arkadaşları tarafından (1997) geliştirilen ve TTM'nin evre modellerini temel alan bu ölçeğin genel yapısı itibarıyla evre modelini temsil eden alt boyutlarının düşük geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip oluşu kronik ağrının tanı ve tedavisinde evre modelinin uygunluğunun yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini akla getirmektedir (Dijkstra ve ark. 2001; Jensen ve ark. 2000).

4.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sahip olduğu örneklem özellikleri ve kapsamı açısından bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak, mevcut çalışmanın örnekleminden elde edilen veriler hastane ortamında ve tedaviye başvurmuş kişilerden toplanmıştır. Bu durum Transteorik modelin ilk evresi olan tasarlama öncesi evresinin tanımında yer alan “gelecek altı ay içerisinde sahip olduğu sağlıklı davranış ile ilgili herhangi bir değişim niyetine sahip olmamak.” ve tasarlama evresine ilişkin “gelecek altı ay içerisinde sahip olduğu sağlıklı davranış ile ilgili değişim niyetine sahip olmak.” önermeleri ile çelişmektedir. Oysaki kişilerin tedavi amacıyla bir polikliniğe başvurması ve tedavisi için görüşmeye katılması değişimin gerçekleşmesi için eyleme yakın bir niyeti temsil etmektedir. Elbette eyleme yakınlık olarak yorumlanan tedaviye başvuru davranışının, dış kontrol odağından mı yoksa iç kontrol odağından mı kaynaklandığının, bir başka deyişle katılımcıların kendi istekleri ile mi başvurduklarının da ayrıca değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın katılımcılarının çoğunun kadınlardan oluşması da bir diğer kısıtlılıktır. Örneklem seçilirken ilgili polikliniklerde çalışmamıza katılmak isteyen gönüllü katılımcılar seçilmiş, bu seçim yapılırken kadın-erkek ayrımı gözetilmemiştir. Benzer bir kısıtlılık klinik örneklem üzerinde yürütülmüş olan Hollandadaki

adaptasyon çalışmasında da görülmektedir; bu çalışmada örneklemin %90'ı kadın katılımcılardan oluşmuştur (Dijkstra ve ark, 2001). Bununla birlikte ağrısı olan kadınların tedaviye erkeklerden daha sık başvurdukları bilinmektedir (Keogh ve ark., 2005). Hem cinsiyetler arası bu dengesizliği telafi etmek, hem de tedaviye başvurmamış olanları da örnekleme dahil ederek eylem öncesi evrelerin de daha iyi temsil edilmesine katkı sunmak için ileriki çalışmalarda klinik olmayan örneklemden de veriler toplanması önerilmektedir.

Ek olarak, katılımcılara Algoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Pelvik Ağrı gibi farklı polikliniklerden ulaşılmaya çalışılmasına karşın örneklemi oluşturan en yoğun katılımcı grubu Pelvik ağrı ve bilhassa Çene Polikliniği katılımcılarından oluşmuştur. Çene polikliniği ve Pelvik ağrı polikliniğinden toplanan vaka sayısının, toplam vaka sayısına oranı yaklaşık üçte birdir. Bu durum kronik ağrı hastalarının ağrı türüne göre değerlendirilmesi ve Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin diğer kültürlerdeki geçerlik güvenirlik çalışmaları ile karşılaştırılmasında zorluklara sebep vermektedir. Bununla birlikte, diğer adaptasyon çalışmalarına kıyasla mevcut çalışma örnekleme kapsanan ağrı türü açısından daha zengindir. İleriki çalışmalarda daha büyük örnekleme daha dengeli bir ağrı türü dağılımı sağlandığı takdirde kronik ağrı türüne göre farklılıkların da değerlendirilmesi söz konusu olabilir.

Öte yandan verilerin hastane ortamında ve araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmış olması, daha fazla katılımcıya ulaşmayı engellemiş ve katılımcı sayısının kısıtlı kalmasına sebep olmuştur. Sonraki çalışmalarda günümüz koşullarının da sağladığı teknolojik imkanlardan yararlanarak daha fazla katılımcıya ulaşılabilir.

Kısıtlılık olarak değerlendirilebilecek bir diğer husus da açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin madde sayısı ve faktör yapısının orijinalinden farklılaşmış olmasıdır. Bu durum bilhassa tasarlama faktörü için geçerlidir. Tasarlama faktörünün daha yüksek temsil ediciliği için daha fazla ek maddeyle güçlendirilmesi bir yol olarak önerilebilir. Bu durum bu ölçeğin Türkçe uyarlamasına ek olarak, gelecek çalışmalarda tıpkı Almanya'da (Maurischat ve ark., 2002, 2006) olduğu gibi bir revizyonla bu maddeler de göz önünde bulundurularak yeni bir ölçek geliştirmeye ihtiyaç olduğunu düşündürebilir.

Üzerinde durulması gereken bir diğer husus da ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi ile açımlayıcı analizlerinin tamamının aynı örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş

olmasıdır. Ortak yöntem hata varyansı açısından çok da önerilmeyen bu yönteme, örnekleme ulaşma zorlukları açısından başvurulmuş olmakla birlikte, ileriki çalışmalarda farklı örneklemelerde de doğrulayıcı faktör analiz sınamalarının yapılması ölçeğin dört faktörlü ve iki faktörlü farklı modellerine ilişkin çapraz geçerliliğine dair öte kanıtlar sunabilir.

Son olarak ise çalışmamızın örnekleminin tamamının İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin çeşitli polikliniklerinden toplanmış olması, bulguların Türkiye’de yaşayan farklı şehir ve coğrafyalardaki ağrı hastalarına genellenebilirliği açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Öte yandan Türkiye’deki ilk ağrı kliniğinin kurulduğu kurum olması açısından Türkiye’nin çeşitli bölgelerinden ağrı vakalarının bu kuruma başvurduğu bilinmektedir (Erdine ve ark., 2001). Ancak mevcut çalışmanın örnekleminde yaşanan şehir ile ilgili bir bilgi alınmadığından, örneklemin temsiliyeti açısından sonuçlar dikkatle yorumlanmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçe versiyonunun bir grup ağrı vakasından oluşan bir örnekleme, yetişkinler üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Başlangıç aşamasında dört faktörlü orijinal model doğrulanmaya çalışılsa da analiz sonuçları bu modeli yeterince desteklememiş, iki faktörlü modele ilişkin daha tutarlı kanıtlar ortaya koymuştur.

Bu çalışma, Transteorik modelin kronik ağrı örnekleminde baş etme yöntemleri, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin bir arada değerlendirildiği bilinen ilk çalışmadır. Bu yapılarla gösterdiği ilişkiler de yine dört faktörlü modelden ziyade tasarlama ve eylem sonrası olarak adlandırılan iki faktörlü bir modeli destekler niteliktedir. Bununla birlikte tasarlama evresinin güvenirliğine ve geçerliğine ilişkin daha güçlü kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bilhassa diğer yapılarla olan ilişkiler bağlamında, tasarlama evresi için ağrı özellikleri, eylem sonrası evreler için ise psikososyal işlevselliğin ön plana çıkması bakımından da ağrıya yönelik öz yönetim yaklaşımına hazır oluşu değerlendiren bu ölçeğin teorik temelini TTM ile biyopsikososyal yaklaşımı da yansıtacak şekilde genişletilmesi önemli görünmektedir. Ek olarak, TTM’nin evreleri arasındaki zaman kavramının, ağrının süresi, başlangıç

yaşı ve sıklığı gibi ağrı ile ilgili zamansal bileşenler de dikkate alınarak daha da belirgin bir şekilde ölçeğin maddeleri ve faktörlerine yansıtılması ölçeğin evrelerinin ayırt ediciliğinin gelişmesine katkı sunabilir. Nihayi olarak tüm bu önerilerle beraber ele alındığında, kronik ağrı tedavisinde tek boyutlu yaklaşımların disiplinler arası tedavi yaklaşımlarına evrildiği günümüzde Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin kronik ağrı hastalarının tedavileri ile ilgili müdahalelerin geliştirilmesine katkı sunacak araştırma ve uygulama alanlarına zenginlik katacağı umulmaktadır.



KAYNAKÇA

- ADACHI, T.,
SUNOHARA, M.,
ENOMOTO, K., SASAKI,
K., SAKAUE, G., FUJITA,
Y., ... & FUKUI, S.: 2019
“Japanese Cross-Cultural Validation Study of The Pain
Stage of Change Questionnaire.” **Pain Reports**, 4(2).
- ALOISI AM,
BACHIOCCO V,
COSTANTINO A,
STEFANI R,
CECCARELLI I,
BERTACCINI A, ET AL:
2007
“Cross-Sex Hormone Administration Changes Pain in
Transsexual Women and Men.” **Pain**;132 Suppl 1:S
60–7.
- ANAND, K. J., & CRAIG,
K. D.: 1996
“New Perspectives on The Definition of Pain.” **Pain-
Journal of The International Association for The Study
of Pain**, 67(1), 3-6.
- ANGST, F., BENZ, T.,
LEHMANN, S.,
WAGNER, S., SIMMEN,
B. R., SANDÒR, P. S., ...
& ANGST, J.: 2020
“Extended Overview of The Longitudinal Pain-
Depression Association: A Comparison of Six Cohorts
Treated for Specific Chronic Pain Conditions.”
Journal of Affective Disorders, 273, 508-516.
- ARKOWITZ, H.,
MILLER, W. R., &
ROLLNICK, S.: 2015
“Motivational Interviewing in The Treatment of
Psychological Problems.” **Guilford Publications**.
- ARONOFF, G. M., &
FELDMAN, J. B.: 1999
“Preventing Iatrogenic Disability from Chronic Pain.”
Current Review of Pain, 3(1), 67-77.

- BANDURA, A.: 1989 "Human Agency In Social Cognitive Theory." American Psychologist, 44(9), 1175.
- BELFER, I.: 2017 "Pain in women." **Ağrı**, 29(2), 51-54.
- BRENA, S. F.: 1972 "Pain and Religion: A Psychophysiological Study." **Charles C Thomas Pub Ltd.**
- BROWN, G. K., & NİCASSİO, P. M.: 1987 "Development of A Questionnaire for The Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients." **Pain®**, 31(1), 53-64.
- BUTLER, C. C., ROLLNİCK, S., COHEN, D., BACHMANN, M., RUSSELL, I., & STOTT, N.: 1999 "Motivational Consulting Versus Brief Advice for Smokers in General Practice: A Randomized Trial." **The British Journal of General Practice**, 49(445), 611.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş.: 2005 "Anket Geliştirme." **Türk Eğitim Bilimleri Dergisi**, 3(2), 133-151.
- 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(1), 101.
- CRAİG, K. D.: 2009 "The Social Communication Model of Pain." **Canadian Psychology/Psychologie Canadienne**, 50(1), 22.

- CROMBEZ, G.,
VLAHEYEN, J. W.,
HEUTS, P. H., &
LYSENS, R.: 1999
CROOK, J., RIDEOUT, E.,
& BROWNE, G.: 1984
DANSIE, E. J., & TURK,
D. C.: 2013
DEMİRİSOY C.A.: 1999
DIEFENBACH, M. A., &
LEVENTHAL, H.: 1996
DIJKSTRA, A.,
VLAHEYEN, J. W.,
RİJNEN, H., & NİELSON,
W.: 2001.
DIRAÇOĞLU, D.,
YILDIRIM, N. K.,
SARAL, I., ÖZKAN, M.,
KARAN, A., ÖZKAN, S.,
& AKSOY, C.: 2016
DORFLİNGER, L.,
KERNS, R. D., &
AUERBACH, S. M.: 2013
- “Pain-Related Fear is More Disabling Than Pain Itself: Evidence on The Role of Pain-Related Fear in Chronic Back Pain Disability.” **Pain**, 80(1-2), 329-339.
- “The Prevalence of Pain Complaints in A General Population.” **Pain**, 18(3), 299-314.
- “Assessment of Patients with Chronic Pain.” **British Journal of Anaesthesia**, 111(1), 19-25.
- “The Mos Sf-36 Health Survey: A Validation Study with A Turkish Sample” **Yüksek Lisans Tezi**, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul
- “The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations.” **Journal of Social Distress and The Homeless**, 5(1), 11-38.
- “Readiness To Adopt the Self-Management Approach to Cope with Chronic Pain in Fibromyalgic Patients.” **Pain**, 90(1-2), 37-45.
- “Temporomandibular Dysfunction and Risk Factors for Anxiety and Depression.” **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, 29(3), 487-491.
- “Providers' Roles in Enhancing Patients' Adherence to Pain Self Management.” **Translational Behavioral Medicine**, 3(1), 39-46.

- DURUK, B., SERTEL BERK, H. Ö., & KETENCİ, A.: 2015 "Are Fibromyalgia and Failed Back Surgery Syndromes Actually "Functional Somatic Syndromes" in Terms of Their Symptomatological, Familial and Psychological Characteristics? A Comparative Study with Chronic Medical Illness and Healthy Controls." **Agri**, 27(3), 123-131.
- EDWARDS, L. C., PEARCE, S. A., TURNER-STOKES, L., & JONES, A.: 1992 "The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation Of Beliefs in The Causes and Consequences of Pain." **Pain**, 51(3), 267-272.
- EHDE, D. M., DILLWORTH, T. M., & TURNER, J. A.: 2014 "Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals with Chronic Pain: Efficacy, Innovations, and Directions for Research." **American Psychologist**, 69(2), 153.
- ELLIOTT, T. E., RENIER, C. M., & PALCHER, J. A.: 2003 "Chronic Pain, Depression, And Quality of Life: Correlations and Predictive Value of The Sf-36." **Pain Medicine**, 4(4), 331-339.
- ENGEL, G. L.: 1977 "The Need for A New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." **Science**, 196(4286), 129-136.
- ERDİNE S., HAMZAOGLU O., OZKAN O., BALTA E., DOMAC M.: 2001 "Pain Prevalance Among Adults in Turkey." **Ağrı**;13(2/3);22-30.
- FASHLER, S. R., COOPER, L. K., OOSENBURG, E. D., BURNS, L. C., RAZAVI, S., GOLDBERG, L., & KATZ, J.: 2016 "Systematic Review of Multidisciplinary Chronic Pain Treatment Facilities." **Pain Research and Management**, 2016.

- FLOR, H., FYDRICH, T., & TURK, D. C.: 1992 "Efficacy of Multidisciplinary Pain Treatment Centers: A Meta-Analytic Review." **Pain**, 49(2), 221-230.
- FORDYCE, W. E., BROCKWAY, J. A., BERGMAN, J. A., & SPENGLER, D.: 1986 "Acute Back Pain: A Control-Group Comparison of Behavioral vs Traditional Management Methods." **Journal of Behavioral Medicine**, 9(2), 127-140.
- FORDYCE, W. E., ROBERTS, A. H., & STERNBACH, R. A.: 1985 "The Behavioral Management of Chronic Pain: A Response to Critics." **Pain**, 22(2), 113-125.
- FORDYCE, W. E.: 1976 "Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness." Cv Mosby.
- GÜLEÇ, M. Y., GÜLEÇ, H., ŞİMŞEK, G., TURHAN, M., & SÜNBÜL, E. A.: 2012 "Psychometric Properties of The Turkish Version of The Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms." **Comprehensive Psychiatry**, 53(5), 623-629.
- GUREJE, O., VON KORFF, M., SÍMON, G. E., & GATER, R.: 1998 "Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organization Study in Primary Care." **Jama**, 280(2), 147-151.
- HAGGLUND, K. J., HALEY, W. E., REVEILLE, J. D., & ALARCON, G. S.: 1989 "Predicting Individual Differences in Pain And Functional Impairment Among Patients With Rheumatoid Arthritis." **Arthritis And Rheumatism**, 32(7), 851-858.
- HASENBRİNG, M. I., & PINCUS, T.: 2015 "Effective Reassurance in Primary Care of Low Back Pain: What Messages from Clinicians Are Most Beneficial at Early Stages?" **The Clinical Journal of Pain**, 31(2), 133-136.

- HAYTHORNTHWAITE, J. A., MENEFEE, L. A., HEINBERG, L. J., & CLARK, M. R.: 1998 "Pain coping strategies predict perceived control over pain." *Pain*, 77(1), 33-39.
- HEDGE, A., MORIMOTO, S., & MCCROBIE, D.: 1999 "Effects of keyboard tray geometry on upper body posture and comfort". *Ergonomics*, 42(10), 1333-1349.
- HOCAOĞLU A., SERTEL-BERK, H.Ö., KETENCİ, A.: 2019 "Ağrıyla Baş etme Envanteri'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması." *Ağrı Dergisi*.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN.: 1988 "Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Clinical Neuralgia, and Facial Pain", *Cephalalgia*, 8, 1-96.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN.: 2009 "Recommendations for Pain Treatment Services."
- JACKSON, T., THOMAS, S., STABİLE, V., HAN, X., SHOTWELL, M., & MCQUEEN, K.: 2015 "Prevalence of Chronic Pain In Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet*, 385, S10.
- JENSEN, M. P., NIELSON, W. R., & KERNS, R. D.: 2003 "Toward the Development of a Motivational Model of Pain Self-Management." *The Journal of Pain*, 4(9), 477-492.
- JENSEN, M. P., NIELSON, W. R., ROMANO, J. M., HILL, "Further Evaluation Of The Pain Stages Of Change Questionnaire: Is The Transtheoretical Model Of Change Useful For Patients With Chronic Pain?"

- M. L., & TURNER, J. A.: **Pain**, 86(3), 255-264.
2000
- JENSEN, M. P.,
NIELSON, W. R.,
TURNER, J. A.,
ROMANO, J. M., & HILL,
M. L.: 2003
“Readiness to Self-Manage Pain is Associated with Coping and With Psychological and Physical Functioning Among Patients with Chronic Pain.” **Pain**, 104(3), 529-537.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A., & ROMANO, J. M.:
1992
“Chronic Pain Coping Measures: Individual Vs. Composite Scores.” **Pain**, 51(3), 273-280.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A., & ROMANO, J. M.:
1994
“Correlates of Improvement in Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain.” **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 62(1), 172.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A., & ROMANO, J. M.:
2001
“Changes In Beliefs, Catastrophizing, and Coping Are Associated with Improvement in Multidisciplinary Pain Treatment.” **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69(4), 655.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A., ROMANO, J. M., & KAROLY, P.: 1991
“Coping with Chronic Pain: A Critical Review of The Literature.” **Pain**, 47(3), 249-283.
- KATZ, J., & MELZACK, R.: 1999
“Measurement of Pain.” **Surgical Clinics**, 79(2), 231-252.
- KEEFE, F. J., & WILLIAMS, D. A.: 1990
“A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups.” **Journal of gerontology**, 45(4), P161-P165.

- KEEFE, F. J.: 1996 "Cognitive Behavioral Therapy for Managing Pain." **The Clinical Psychologist**, 49(3), 4-5.
- KEOGH, E.,
MCCRACKEN, L. M., &
ECCLESTON, C.: 2005 "Do Men and Women Differ in Their Response to Interdisciplinary Chronic Pain Management?" **Pain**, 114(1-2), 37-46.
- KERNS, R. D., &
ROSENBERG, R.: 2000 "Predicting Responses to Self-Management Treatments for Chronic Pain: Application of The Pain Stages of Change Model." **Pain**, 84(1), 49-55.
- KERNS, R. D.,
ROSENBERG, R.,
JAMISON, R. N.,
CAUDILL, M. A., &
HAYTHORNTHWAITE,
J.: 1997 "Readiness to Adopt a Self-Management Approach to Chronic Pain: The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)." **Pain**, 72(1), 227-234.
- KORSZUN, A.,
PAPADOPOULOS, E.,
DEMİTRACK, M.,
ENGLEBERG, C., &
CROFFORD, L.: 1998 "The Relationship Between Temporomandibular Disorders and Stress-Associated Syndromes." *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology*, 86(4), 416-420.
- KRAAİMAAT, F. W., &
EVERS, A. W.: 2003 "Pain-Coping Strategies in Chronic Pain Patients: Psychometric Characteristics of The Pain-Coping Inventory (Pci)." **International Journal of Behavioral Medicine**, 10(4), 343-363.
- KURU, T., YELDAN, İ.,
ZENĞİN, A.,
KOSTANOĞLU, A.,
TEKEOĞLU, A.,

AKBABA, Y. A., &
TARAKÇI, D.: 2011

LAMÍ, M. J., MARTÍNEZ, M. P., & SÁNCHEZ, A. I.: 2013
“Systematic Review of Psychological Treatment in Fibromyalgia.” **Current Pain and Headache Reports**, 17(7), 345.

MAURÍSCHAT, C., HÄRTER, M., AUCLAÏR, P., KERNS, R. D., & BENDEL, J.: 2002
“Preliminary Validation of a German Version of Pain Stages of Change Questionnaire.” **European Journal of Pain**, 6(1), 43-48.

MAURÍSCHAT, C., HÄRTER, M., KERNS, R. D., & BENDEL, J.: 2006
“Further Support for The Pain Stages of Change Model: Suggestions for Improved Measurement.” **European Journal of Pain**, 10(1), 41-49.

MCEWEN BS, ALVES SE, BULLOCH K, WEILAND NG.: 1998
“Clinically Relevant Basic Science Studies of Gender Differences and Sex Hormone Effects.” **Psychopharmacol Bull**;34(3):251–9.

MELZACK, R., & CASEY, K. L.: 1968
“Sensory, Motivational, and Central Control Determinants of Pain: A New Conceptual Model.” **The Skin Senses**, 1, 423-43.

MELZACK, R., & WALL, P. D.: 1965
“Pain Mechanisms: A New Theory.” **Science**, 150(3699), 971-979.

MELZACK, R.: 1975
“The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods.” **Pain**, 1(3), 277-299.

MELZACK, R.: 1999
“From the Gate to The Neuromatrix.” **Pain**, 82, S121-S126.

- MERSKEY H.: 1979 "Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage." Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**; 6:249-52
- MERSKEY, H. E.: 1986 "Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms." **Pain**.
- MERSKEY, H., & BOYD, D.: 1978 "Emotional Adjustment and Chronic Pain." **Pain**, 5(2), 173-178.
- MERSKEY, H.: 1991 "The Definition of Pain." **European Psychiatry**, 6(4), 153-159.
- MILLER, W. R., & ROLLNICK, S.: 2012 "Motivational Interviewing: Helping People Change." Guilford Press.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., KARADAĞ, F., ÖGEL, K., TEZCAN, A. E., & AYHAN, A.: 2009 "Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama." Hyb Basım Yayın
- MILLS, S. E., NICOLSON, K. P., & SMITH, B. H.: 2019 "Chronic Pain: A Review of its Epidemiology and Associated Factors in Population-Based Studies." **British Journal of Anaesthesia**, 123(2), E273-E283.
- MONTICONE, M., FERRANTE, S., FERRARİ, S., MUGNAİ, R., PILLASTRİNİ, P., ROCCA, B., & FOTİ, C.: 2014 "Development of the Italian Version of The Pain Stages of Change Questionnaire in Patients with Chronic Low Back Pain: Cross-Cultural Adaptation, Confirmatory Factor Analysis, Reliability and Validity." **International Journal of Rehabilitation Research**, 37(3), 205-211.

- NORCROSS, J. C.,
KREBS, P. M., &
PROCHASKA, J. O.: 2011
“Stages of Change.” **Journal of Clinical Psychology**, 67(2), 143-154.
- PLEİS, J. R., & COLES,
R.: 2002
“Summary Health Statistics for Us Adults: National Health Interview Survey.” Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, **National Center for Health Statistics**.
- PRKACHİN, K. M., &
CRAİG, K. D.: 1995
“Expressing Pain: The Communication and Interpretation of Facial Pain Signals.” **Journal of Nonverbal Behavior**, 19(4), 191-205.
- PROCHASKA J.O.,
REDDİNG C.A., &
EVERS K.E.: 2008
“The Transtheoretical Model and Stages of Change.” In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Eds. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, And Practice**. 4th Ed. San Francisco: John Wiley & Sons; P. 97-121.
- PROCHASKA, J. O., &
DİCLEMENTE, C. C.:
1982
“Transtheoretical Therapy: Toward A More Integrative Model of Change.” **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, 19(3), 276.
- PROCHASKA, J. O., &
DİCLEMENTE, C. C.:
1992
“Stages of Change in The Modification of Problem Behaviors.” **Progress in Behavior Modification**, 28, 183-218.
- PROCHASKA, J. O., &
VELİCER, W. F.: 1997
“The Transtheoretical Model of Health Behavior Change.” **American Journal of Health Promotion**, 12(1), 38-48.
- RAJA, S. N., CARR, D. B.,
COHEN, M., FINNERUP,
N. B., FLOR, H., GIBSON,
S., ... & VADER, K.: 2020
“The Revised International Association for The Study of Pain Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises.” **Pain**, 161(9), 1976-1982.

- RØE, C., DAMSGÅRD, E., FORS, T., & ANKE, A.: 2014 “Psychometric Properties of The Pain Stages of Change Questionnaire as Evaluated by Rasch Analysis in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain.” **BMC Musculoskeletal Disorders**, 15(1), 1-9.
- ROLLNICK, S., MILLER, W. R., & BUTLER, C.: 2008 “Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior.” Guilford Press.
- ROMANO, J. M., & TURNER, J. A.: 1985 “Chronic Pain and Depression: Does the Evidence Support a Relationship?” **Psychological Bulletin**, 97(1), 18.
- ŞAHİN, N. H., & DURAK, A.: 1995 “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması.” **Türk Psikoloji Dergisi**, 10(34), 56-73.
- SERTEL, Ö.: 2000 “Ağrı Kontrolünde Psikolojik Girişimler.” Erdine S, Editör. **Ağrı**, İstanbul-Nobel Tıp Kitabevleri; P.679-686.
- SERTEL-BERK, H. Ö.: 2006 “Kronik Ağrı Yaşantısı Ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.” Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul .
- SERTEL-BERK, Ö.: 2018 “Kronik Ağrı Sendromlarında Motivasyonel Müdahale Yöntemleri.” **Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics**, 3(2), 13-21.
- SERTEL-BERK, Ö.: 2020 “Kronik Ağrı Sendromlarında Psikolojik Uygulamalar: Gevşeme Egzersizi Klinisyen El Kitabı.”, Mentis Yayıncılık.

- ŞİMŞEK, Ö. F.: 2007 “Yapısal Eşitlik Modeline Giriş.” **Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları**. İstanbul, Ekinoks Yayınları.
- SPITZER, R. L., KROENKE, K., WILLIAMS, J. B., PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE PRIMARY CARE STUDY GROUP: 1999 “Validation and Utility of a Self-Report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study.” **Jama**, 282(18), 1737-1744.
- STERNBACH, R. A., & TURSKY, B.: 1965 “Ethnic Differences Among Housewives in Psychophysical Anh Skin Potential Responses to Electric Shock.” **Psychophysiology**, 1(3), 241-246.
- STRONG, J., WESTBURY, K., SMITH, G., MCKENZIE, I., & RYAN, W.: 2002 “Treatment Outcome in Individuals with Chronic Pain: Is the Pain Stages of Change Questionnaire (Psocq) A Useful Tool?” **Pain**, 97(1-2), 65-73.
- STUBBS, B., VANCAMPFORT, D., VERONESE, N., THOMPSON, T., FORNARO, M., SCHOFIELD, P., & KOYANAGI, A.: 2017 “Depression and Pain: Primary Data and Meta-Analysis Among 237 952 People Across 47 Low-and Middle-Income Countries.” **Psychological Medicine**, 1-12.
- TURK DC.: 2002 “A Cognitive-Behavioral Perspective on Treatment of Chronic Pain Patients.” In: Turk DC, Gatchel RJ, Eds. **Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook**. 2nd Ed. New York: Guilford Publications; P. 138-58.

- TURK, D. C.: 2003 “Cognitive-Behavioral Approach to The Treatment of Chronic Pain Patients.” **Regional Anesthesia & Pain Medicine**, 28(6), 573-579.
- 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.
- 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.
- TURSKY, B., JAMNER,
L. D., & FRIEDMAN, R.:
1982 “The Pain Perception Profile: A Psychophysical Approach to The Assessment of Pain Report.” **Behavior Therapy**, 13(4), 376-394.
- ÜNALAN, P., UZUNER,
A., ÇİFÇİLİ, S., AKMAN,
M., & APAYDIN, Ç. K.:
2009 “Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler.” **Marmara Medical Journal**, 22(2), 90-96.
- UNRUH, A.M.: 1996 “Gender Variations in Clinical Pain Experience”, **Pain**, 65, 123-167.
- UZUNKAYA, A. H.: 2019 “Bir Stres Türü Olarak Kronik Ağrı Ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkide Ağrıyla Baş etme Stratejilerinin Aracı Rolü: Özetkinlik İnançlarının Rolü.” Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal

- VLAHEYEN, J. W.,
CROMBEZ, G., &
LINTON, S. J.: 2016
“The Fear-Avoidance Model of Pain.” **Pain**, 157(8), 1588-1589.
- VLAHEYEN, J. W., KOLE-
SNİJDEERS, A. M.,
ROTTEVEEL, A. M.,
RUESİNK, R., & HEUTS,
P. H.: 1995
“The Role of Fear of Movement/(Re) Injury in Pain Disability.” **Journal of Occupational Rehabilitation**, 5(4), 235-252.
- WARE JR, J. E., &
SHERBOURNE, C. D.:
1992
“The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection.” **Medical Care**, 473-483.
- WATKINS LR,
HUTCHINSON MR,
JOHNSTON IN, MAIER
SF: 2005
“Glia: Novel Counter-Regulators of Opioid Analgesia.” **Trends Neurosci**;28(12):661–9.
- WEİNSTEİN, N. D.,
SANDMAN, P. M., &
BLALOCK, S. J.: 2008
“The Precaution Adoption Process Model.” **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**. 4th Ed. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- YÜCEL A.: 2000
“Kronik Ağrılı Hastada Anamnez.” Erdine S, Editör. **Ağrı**, İstanbul-Nobel Tıp Kitabevleri; P.43-47.
- YÜCEL B.: 2000
“Ağrılı Hastanın Psikiyatrik Değerlendirmesi.” Erdine S, Editör. **Ağrı**, İstanbul-Nobel Tıp Kitabevleri; P.62-68.



EKLER

EK 1

The Pain Stages of Change Questionnaire

This questionnaire is used to help us better understand the way you view your pain problem. Each statement describes how you *may* feel about this particular problem. Please indicate the extent to which you tend to agree or disagree with each statement. In each example, please make your choice based on how you feel right now, not how you have felt in the past or how you would like to feel.

CIRCLE THE RESPONSE THAT BEST DESCRIBES HOW MUCH YOU AGREE OR DISAGREE WITH EACH STATEMENT	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
1. I have been thinking that the way I cope with my pain could improve.	1	2	3	4	5
2. I am developing new ways to cope with my pain.	1	2	3	4	5
3. I have learned some good ways to keep my pain problem from interfering with my life.	1	2	3	4	5
4. When my pain flares up, I find myself automatically using coping strategies that have worked in the past, such as a relaxation exercise or mental distraction technique.	1	2	3	4	5
5. I am using some strategies that help me better deal with my pain problem on a daily basis.	1	2	3	4	5
6. I have started to come up with strategies to help myself control my pain.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
7. I have recently realized that there is no medical cure for my pain condition, so I want to learn some ways to cope with it.	1	2	3	4	5
8. Even if my pain doesn't go away, I am ready to start changing how I deal with it.	1	2	3	4	5
9. I realize now that it's time for me to come up with a better plan to cope with my pain problem	1	2	3	4	5
10. I use what I have learned to help keep my pain under control	1	2	3	4	5
11. I have tried everything that people have recommended to manage my pain and nothing helps	1	2	3	4	5
12. My pain is a medical problem and I should be dealing with physicians about it.	1	2	3	4	5
13. I am currently using some suggestions people have made about how to live with my pain problem.	1	2	3	4	5
14. I am beginning to wonder if I need to get some help to develop skills for dealing with my pain.	1	2	3	4	5
15. I have recently figured out that its up to me to deal better with my pain.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
16. Everybody I speak with tells me that I have to learn to live with my pain, but I don't see why I should have to.	1	2	3	4	5
17. I have incorporated strategies for dealing with my pain into my everyday life.	1	2	3	4	5
18. I have made a lot of progress in coping with pain.	1	2	3	4	5
19. I have recently come to the conclusion that it's time for me to change how I cope with my pain.	1	2	3	4	5
20. I'm getting help learning some strategies for coping better with my pain.	1	2	3	4	5
21. I 'm starting to wonder whether it's up to me to manage my pain rather than relying on physicians.	1	2	3	4	5
22. I still think despite what doctors tell me, there must be some surgical procedure or medication that would get rid of my pain.	1	2	3	4	5
23. I have been thinking that doctors can only help so much in managing my pain and that the rest is up to me.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
24. The best thing I can do is to find a doctor who can figure out how to get rid of my pain once and for all.	1	2	3	4	5
25. Why can't someone just do something to take away my pain.	1	2	3	4	5
26. I am learning to help myself control my pain without doctors.	1	2	3	4	5
27. I am testing out some coping skills to manage my pain better.	1	2	3	4	5
28. I have been wondering if there is something I could do to manage my pain better.	1	2	3	4	5
29. All of this talk about how to cope better is a waste of time.	1	2	3	4	5
30. I am learning ways to control my pain other than with medications or surgery.	1	2	3	4	5

EK 2

Ağrı Değişim Evreleri Ölçeği

Bu ölçek, ağrı probleminize nasıl yaklaştığınızı daha iyi anlamamıza yardımcı olması için kullanılmaktadır. Her ifade, bu belirli problem hakkında nasıl *hissedebileceğinizi* tanımlamaktadır. Lütfen her ifadeye ne ölçüde katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir örnekte, seçiminizi geçmişte nasıl hissettiğiniz ya da gelecekte nasıl hissedebileceğiniz üzerinden değil, şu an nasıl hissettiğinize bağlı olarak yapınız. İfadelerin her birinde sizi en iyi tanımlayan yanıtı daire içine alın.

İFADELERİN HER BİRİNDE SİZİ EN İYİ TANIMLAYAN YANITI DAİRE İÇİNE ALIN		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ağrıyla başa çıkma yöntemimin gelişme gösterebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	
2. Ağrıyla başa çıkmak için yeni yöntemler geliştiriyorum.	1	2	3	4	5	
3. Ağrı problemimin hayatımı etkilemesini önlemek için bazı iyi yöntemler öğrendim.	1	2	3	4	5	
4. Ağrım arttığı zaman, kendimi geçmişte işe yaramış olan rahatlama egzersizleri ya da zihin dağıtma teknikleri gibi başa çıkma stratejilerini(yöntemlerini) otomatik olarak kullanırken buluyorum.	1	2	3	4	5	

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Ağrı problemimle daha iyi başa çıkabilmemi sağlayan bazı stratejileri(yöntemleri) her gün kullanıyorum.	1	2	3	4	5
6. Ağrımı kontrol etmek için bana yardımcı olacak stratejiler(yöntemler)bulmaya başladım.	1	2	3	4	5
7. Son zamanlarda ağrı durumuma yönelik herhangi bir tıbbi tedavi bulunmadığının farkına vardım bu yüzden bununla başa çıkabileceğim yeni yöntemler öğrenmek istiyorum.	1	2	3	4	5
8. Ağrım geçmese bile, onunla başa çıkma şeklimi değiştirmeye hazırım.	1	2	3	4	5
9. Ağrı problemimle başa çıkmak için daha iyi bir planlama yapma vakti geldiğinin şimdi farkına varıyorum.	1	2	3	4	5
10. Ağrımı kontrol altında tutmak için öğrendiklerimi kullanıyorum.	1	2	3	4	5
11. Ağrımı yönetmek için önerilen her şeyi denedim fakat hiçbirinin faydası olmuyor.	1	2	3	4	5
12. Ağrım tıbbi bir problem ve bunun çözümü için hekimlere danışmalıyım.	1	2	3	4	5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Son günlerde, ağrı problemimle nasıl yaşayacağım konusunda insanların vermiş olduğu bazı önerileri uyguluyorum.	1	2	3	4	5
14. Ağrıyla başa çıkmak için farklı beceriler geliştirme konusunda yardıma ihtiyacım olup olmadığını öğrenme isteği duymaya başlıyorum.	1	2	3	4	5
15. Son zamanlarda, ağrıyla daha iyi başa çıkmanın bana bağlı olduğunun farkına vardım.	1	2	3	4	5
16. Konuştuğum herkes bana ağrıyla yaşamayı öğrenmem gerektiğini söylüyor fakat neden buna mecbur olduğumu anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
17. Ağrının üstesinden gelebilmek ile ilgili stratejileri(yöntemleri) günlük hayatıma dahil edebildim.	1	2	3	4	5
18. Ağrıyla başa çıkma konusunda çok yol kat ettim.	1	2	3	4	5
19. Son zamanlarda, ağrıyla başa çıkma şeklimi değiştirme vaktinin geldiği sonucuna vardım.	1	2	3	4	5
20. Ağrıyla daha iyi başa çıkabilmek konusunda bazı stratejiler(yöntemler) öğrenmek için yardım alıyorum.	1	2	3	4	5
21. Ağrımı yönetmenin bir doktora bel bağlamak yerine bana bağlı olup olmadığını merak etmeye başlıyorum.	1	2	3	4	5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım/Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
22. Doktorların bana söylediğinin aksine, ağrımı yok edecek birtakım cerrahi müdahaleler ya da ilaçlar olabileceğini hâlâ düşünüyorum.	1	2	3	4	5
23. Doktorların ağrımı yönetme konusunda ancak bu kadar yardım edebileceğini, geri kalan her şeyin bana bağlı olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24. Yapabileceğim en iyi şey, ağrımdan tek seferde ve tamamen kurtulmamı sağlayacak bir doktor bulmaktır.	1	2	3	4	5
25. Neden birileri ağrımı yok etmek için bir şey yapamıyor?	1	2	3	4	5
26. Ağrımı kontrol etme konusunda doktorlar olmadan da kendi kendime yetmeyi öğreniyorum.	1	2	3	4	5
27. Ağrımı daha iyi yönetmek için bazı başa çıkma teknikleri deniyorum.	1	2	3	4	5
28. Ağrımı daha iyi yönetebilmek için yapabileceğim bir şey olup olmadığını merak ediyorum.	1	2	3	4	5
29. Daha iyi başa çıkmakla alakalı bu konuşmalar zaman kaybıdır.	1	2	3	4	5
30. Ağrımı kontrol etmek için ilaç ya da ameliyat dışında yöntemler öğreniyorum.	1	2	3	4	5

EK 3

AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz:

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

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

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.

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

2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.

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

3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.

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

4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.

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

5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.

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

6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.

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

7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.

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

8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.

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

9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.

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

10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.

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

11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.

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

12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.

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

EK 4

ABE

İsim :
/ Kadın

Cinsiyet : Erkek

Doğum Tarihi :

Eğitim Durumu :

Ağrı kesici kullanır mısınız? Evet/Hayır

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. Ağrımın 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. Ağrımın 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 yaşamının 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. a) Ağrıyı azaltmak ya da dayanılır kılmak için kendi yöntemlerim var

b) Bu yöntemler..



EK 5

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Bir sıkıntımd olduğunda.....	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()

11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	☐	☐	☐	☐
12- Kendime karşı hoşgörölü olmaya çalışırım	☐	☐	☐	☐
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	☐	☐	☐	☐
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	☐	☐	☐	☐
15- Problemin çözümü için adak adarım	☐	☐	☐	☐
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	☐	☐	☐	☐
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	☐	☐	☐	☐
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	☐	☐	☐	☐
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	☐	☐	☐	☐
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	☐	☐	☐	☐
21- Mücadeleden vazgeçerim	☐	☐	☐	☐
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	☐	☐	☐	☐
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	☐	☐	☐	☐
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	☐	☐	☐	☐
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	☐	☐	☐	☐
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	☐	☐	☐	☐

- 27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm () () () ()
- 28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm () () () ()
- 29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım () () () ()
- 30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır () () () ()



EK 6

AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

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

1. var 2. yok

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

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

Başlangıç yaşı:

Ağrının şiddeti: 1. Hafif 2. Orta 3. Şiddetli 4. çok şiddetli 5. Dayanılmaz

Ağrının sıklığı:

1. senede 1’den az 2. senede birkaç defa 3. ayda 1-2 4. haftada 1-2
5. her gün, günde 1 defa 6. her gün, günde birkaç defa 7. Devamlı

Ağrının şiddeti (sayıyla): 0: hiç ağrı yok, 10: hayatımda yaşadığım en dayanılmaz ağrı ise;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

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

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

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

Bu ağrı şikayeti ile ilgili şu an kullandığım ağrı kesiciler:

İsim:

Ayda kaç tane / kutu:

EK 7

HASTA SAĞLIK ANKETİ

A- PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			

14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C- P.5

Kaygı atakları ile ilgili sorular

	Evet	Hayır
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		

c. Bu ataklardan bazıları <i>birdenbire ansızın</i> (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

D- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı

() Biraz zorluk çıkardı

() Çok zorluk çıkardı

() Aşırı derecede zorlandım

EK 8

SF-36 SAĞLIK TARAMASI

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

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Fena değil 5. Kötü

2. Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Bir yıl önceye göre çok daha iyi 2. Bir yıl önceye göre daha iyi 3. Hemen hemen aynı
4. Bir yıl önceye göre daha kötü 5. Bir yıl önceye göre çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

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

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

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

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

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

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Hiç 2. Biraz 3. orta derecede 4. Epeyce 5. çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Hiç 2. çok hafif 3. Hafif 4. orta hafiflikte 5. aşırı derecede 6. çok aşırı derecede

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. hiç olmadı 2. biraz 3. orta derecede 4. epey 5. çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin). Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6

d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Her zaman 2. Çoğu zaman 3. Bazen 4. Çok ender 5. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

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

EK 9

KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
Tarih:..../...../.....	
Doğum yılı:	Cinsiyet:
Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Diğer	
Eğitim Durumu: 1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite 7. Lisansüstü	
Gelir Düzeyi: 1. 0-1600 2. 1601-5200 3. 5201-10000 4.10000 ve üstü	
Çocuk Sayısı:	Kardeş Sayısı:
Şu an yaşamakta olduğunuz bir psikiyatrik hastalık (hekim tarafından tanısı konmuş) var mı? (Evet ise lütfen belirtiniz.) ☐ Hayır ☐ Evet; Tanı: Yıl: ☐ İlaç kullanıyorum ☐ İlaç kullanmıyorum. ☐ Psikoterapi alıyorum ☐ Psikoterapi almıyorum	
Daha önce bir psikiyatrik tanı aldınız mı? (Evet ise lütfen belirtiniz.) ☐ Hayır ☐ Evet; Tanı: Yıl: ☐ İlaç kullandım ☐ İlaç kullanmadım. ☐ Psikoterapi aldım ☐ Psikoterapi almadım	
Kronik bir hastalığınız var mı? (Evet ise lütfen belirtiniz.) ☐ Hayır ☐ Evet; Tanı: Kaç yıldır devam ediyor:	

Geçirdiğiniz önemli bir hastalık var mı?

(Evet ise lütfen belirtiniz.)

☐ Hayır

☐ Evet;

Tanı:

Yıl:

Aile bireylerinizin önemli bir hastalığı var mı?

(Evet ise lütfen hangi aile bireyinin ne hastalığı olduğunu belirtiniz.)

☐ Hayır

☐ Evet;

Aile bireyi

Hastalığı:

Aile bireyi

Hastalığı:

Aile bireyi

Hastalığı:

EK10

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji (Klinik Sağlık Psikolojisi Modülü) Yüksek Lisans programı kapsamında Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk danışmanlığında Psikolog Bülent Topcu tarafından Kronik Ağrı Yaşantısı ile ilgili Ağrı Değişim Evreleri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması amacıyla yürütülen araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 45 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu süre zarfında Türkçe'ye uyarlanması amaçlanan ölçek ile birlikte toplamda 6 ölçeği doldurmanız istenecektir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 150 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. 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 *** e-posta adresi ve *** 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).

