

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KAS İSKELET SİSTEMİ AĞRISI OLAN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA AĞRI İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ
İLE AĞRI İNANÇLARI, KİNEZYOFOBİ, VÜCUT
FARKINDALIĞI VE İŞ TATMİNİNİN İLİŞKİSİ**

Uzm. Fzt. Ecenur ŞİRİN

**Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2023**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KAS İSKELET SİSTEMİ AĞRISI OLAN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA AĞRI İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ
İLE AĞRI İNANÇLARI, KİNEZYOFOBİ, VÜCUT
FARKINDALIĞI VE İŞ TATMİNİNİN İLİŞKİSİ**

Uzm. Fzt. Ecenur ŞİRİN

**Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI

KRONİK KAS İSKELET SİSTEMİ AĞRISI OLAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA AĞRI İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ İLE AĞRI İNANÇLARI, KİNEZYOFOBİ, VÜCUT FARKINDALIĞI VE İŞ TATMİNİNİN İLİŞKİSİ

Öğrenci: Fzt. Ecenur ŞİRİN

Danışman: Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI

Bu tez çalışması 18.01.2023 tarihinde jürimiz tarafından “Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Filiz CAN (Hacettepe Üniversitesi)	(imza)
Tez Danışmanı:	Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI (Hacettepe Üniversitesi)	(imza)
Üye:	Prof. Dr. Zafer ERDEN (Hacettepe Üniversitesi)	(imza)
Üye:	Prof. Dr. Selda BAŞAR (Gazi Üniversitesi)	(imza)
Üye:	Doç. Dr. Gürsoy COŞKUN (Hacettepe Üniversitesi)	(imza)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

13 Şubat 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

1. Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
2. Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
3. Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

18/01/2023

Ecenur ŞİRİN

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

1. Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
2. Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç i mkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
3. Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Fizyoterapist Ecenur şİRİN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin en başından sonuna kadar, tezimin oluşturulması ve geliştirilmesi sürecinde destek ve yardımını esirgemeyen, yeri geldiğinde eksikimi kapatan bir abla, yeri geldiğinde stresimi rahatlatan bir arkadaş ve her zaman çok saygı duyduğum değerli hocam gerek akademik yaklaşımı gerekse hayatı yaşama şekliyle bende hayranlık uyandıran tez danışmanım, Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI'ya,

Tüm yüksek lisans eğitim dönemimde bana değerli bilgilerini aktaran başta değerli Filiz CAN hocam ve tüm Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi öğretim üyelerine,

Tezimin istatistiksel analiz kısmında destek veren Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Arş. Gör. Hanife Avcı'ya,

Tüm hayatım boyunca her kararında arkamda duran, yetişip bugünlere gelmemde yardımcı olan, desteklerini hep hissettiğim canım annem Hilal Şirin, canım babam İsmail Hakkı Şirin'e; neşe kaynağım, sırdaşım canım kardeşim A. Barlas Şirin'e,

Bu süreçte anlayış ve yardımlarını esirgemeyen bölüm başkanım Prof. Dr. Metin Karataş'a, bölüm sorumlum Uzm. Fzt. Ayşegül Beriş'e, tez çalışmamda katılıp bana yardımcı olan değerli çalışma arkadaşlarım Bayındır Hastanesi sağlık personeline,

Tez sürecimde desteğini ve dostluğunu esirgemeyen canım arkadaşım Seda Taşcı'ya,

Tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Şirin E., Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrısı Olan Sağlık Çalışanlarında Ağrı ile Başa Çıkma Stratejileri ile Ağrı İnançları, Kinezyofobi, Vücut Farkındalığı ve İş Tatmininin İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2023. Bu çalışmanın amacı, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı inançları, hareket etme korkusu, iş tatmini ve vücut farkındalığının ağrı ile başa çıkma stratejileri ile olan ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmaya, özel bir hastanede çalışan, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan, 30-65 yaşları arasındaki 116 (72 kadın, 44 erkek) gönüllü sağlık çalışanı (doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hemşire, sağlık destek personeli) katıldı. Ağrı ile başa çıkma becerisi “Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği” ile, ağrıya dair inançları “Ağrı İnançları Ölçeği” ile, kişilerin iş tatmin seviyesi “İş Tatmini Ölçeği” ile, hareket etme korkusu “Tampa Kinezyofobi Ölçeği” ile ve vücut farkındalığı seviyesi “Vücut Farkındalığı Anketi” ile değerlendirildi. Çalışmanın sonucunda Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Ağrı İnançları Ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=0,185$; $p<0,05$); Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Ağrı İnançları Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,208$; $p<0,05$); ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Ağrı İnançları Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,200$; $p<0,05$) bulundu. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Tampa Kinezyofobi Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,199$; $p<0,05$) bulundu. Vücut Farkındalığı Anketi'nin Hastalığı Başlangıcında Tahmin Etme alt boyutu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,237$; $p<0,05$) bulundu. Çoklu doğrusal regresyon analizi, cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi Hastalığı Başlangıcında Tahmin Etme alt boyutu, Ağrı İnançları Ölçeği Organik İnançlar alt boyutu ve cinsiyet parametrelerinin, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı ile başa çıkma düzeyini tahmin etmede en güçlü belirteçler olduğunu ortaya koydu ($R^2=0,302$; $p<0,001$). Sonuç olarak; kronik kas iskelet sistemi ağrısına sahip bireylerin ağrı ile başa çıkma stratejilerinin etkilendiği göz önünde bulundurulduğunda, ağrı ile başa çıkma stratejilerini geliştirmek için kişilere tedavi süresince ağrı inançları, kinezyofobi ve vücut farkındalığının geliştirilmesine yönelik uygulamaların kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı, sağlık çalışanları, ağrı ile baş etme, ağrı inançları, kinezyofobi.

ABSTRACT

Şirin E., The Relationship between Pain Coping Strategies and Pain Beliefs, Kinesiophobia, Body Awareness, and Job Satisfaction in Health Care Professionals with Chronic Musculoskeletal Pain, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Orthopedic Physiotherapy and Rehabilitation Programme, Master Thesis, 2023. The goal of this study was to examine the relationship between pain coping strategies and pain beliefs, fear of movement, job satisfaction and body awareness. 116 (72 female, 44 male) volunteered health workers (doctor, physiotherapist, dietitian, nurse, health support staff) with chronic musculoskeletal pain, between the ages of 30-65, working in private hospital, participated in this study. The ability to cope with pain was assessed with the “Pain Coping Scale”, beliefs about pain was assessed with the “Pain Beliefs Scale”, the job satisfaction level of the individuals was assessed with the Job Satisfaction Scale, the fear of movement was assessed with the “Tampa Kinesiophobia Scale” and the level of body awareness was assessed with the “Body Awareness Questionnaire”. As a result of the study, a significant positive correlation between the Pain Coping Scale and the Pain Beliefs Scale ($r=0.185$; $p<0.05$), and a significant positive correlation between the helplessness -as a sub-dimension of Pain Coping Scale- and the Pain Beliefs Scale ($r=0.208$, $p<0.05$), and a significant positive correlation between the seeking medical remedy -as a sub-dimension of Pain Coping Scale- and the Pain Beliefs Scale ($r=0.200$, $p<0.05$) was found. A significant positive correlation ($r=0.239$, $p<0.05$) was found between the Job Satisfaction Scale and helplessness -as a sub-dimension of Pain Coping Scale. Additionally, there was found a significant positive correlation ($r=0.199$, $p<0.05$) between the Pain Coping Scale and Tampa Kinesiophobia Scale. On the other hand, there was a significant negative correlation between the Predicting the Onset of Disease as a sub-dimension of the Body Awareness Questionnaire and the Pain Coping Scale ($r=-0.237$, $p<0.05$). Multiple linear regression analysis revealed that gender, Predicting the Onset of disease as a sub-dimension of the Body Awareness Questionnaire, Organic Beliefs as a sub-dimension of Pain Beliefs Scale, and age were the strongest predictors of coping with pain in healthcare professionals with chronic musculoskeletal pain ($R^2 = 0,302$; $p<0,001$). In conclusion, considering negative affection of chronic musculoskeletal pain on coping strategies of participants, it is important for chronic pain management to use practices aimed to develop pain beliefs, kinesiophobia and body awareness of individuals during the treatment to develop strategies for coping with pain.

Keywords: Chronic pain, healthcare workers, coping with pain, pain beliefs, kinesiophobia.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Ağrı	3
2.1.1 Ağrının Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2 Ağrının Fizyolojisi	3
2.1.3 Ağrı Teorileri	4
2.1.4 Ağrı Sınıflaması	5
2.1.5 Kronik Ağrı	6
2.1.6 Ağrının Hafıza Edilmesi	8
2.1.7 Ağrı Algısı ve Ağrı İnançları	9
2.1.8 Ağrı ile Baş Etme	9
2.1.9. Ağrı İncancını ve Ağrı ile Baş Etmeyi Etkilediği Düşünülen Faktörler	9
2.2 Kinezyofobi	10
2.3 İş Tatmini	12
2.4 Vücut Farkındalığı	14
3. BİREYLER VE YÖNTEM	15
3.1 Bireyler	15
3.2 Yöntem	15
3.2.1 Değerlendirmeler	16
3.3 İstatistiksel Analiz	20

4. BULGULAR	22
4.1 Tanımlayıcı Bulgular	22
4.2 Cinsiyet ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	24
4.3 Yaş ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	25
4.4 Boy, Kilo ve VKİ (Vücut Kütle İndeksi) ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	26
4.5 Medeni Hal ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	28
4.6 Eğitim Durumu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	28
4.7 Meslek Grupları ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	29
4.8 Sigara Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	30
4.9 Alkol Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	31
4.10 Evde Birlikte Yaşanılan Kişi ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	32
4.11 Düzenli Ağrı Kesici Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	34
4.12 Vücudun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı Değişkeni ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	34
4.13 Kronik Ağrının Süresi ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	35
4.14 Ağrının Şiddeti ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	36
4.15 Çevresinde Ağrı Deneyimi Olan Birisi Olma Durumunun Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılması	38
4.16 Ağrısının Kontrolünün Kime Ait Olduğunu Düşünmesinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılması	38

4.17 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Karşılaştırılması	39
4.18 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği İçin Regresyon Modeli	44
4.19 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Kendi Kendine Başa Çıkma Alt Skoru Regresyon Modeli	45
4.20 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Bilinçli Bilişsel Girişimler Alt Skoru için Regresyon Modeli	46
4.21 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Çaresizlik Alt Skoru İçin Regresyon Modeli	48
4.22 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Tıbbi Çare Arama Alt Boyutu İçin Regresyon Modeli	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. Fiziksel ve Sosyodemografik Özellikler	52
5.2. Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri	55
5.3. Ağrı İnançları	57
5.4. Hareket Etme Korkusu	59
5.5. İş Tatmini	60
5.6. Vücut Farkındalığı	61
5.7. Limitasyonlar	62
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER	77
EK – 1 Kurum İzin Yazısı	
EK – 2 Etik Kurul Onay Belgesi	
EK – 3 Aydınlatılmış Onam Formu	
EK – 4 Tez Çalışması Orijinallik Raporu Ekran Çıktısı	
EK – 5 Dijital Makbuz	
EK – 6 Değerlendirme Formu	
EK – 7 Anketler	
EK – 8 Tezden Üretilmiş Bildiriler	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABÖ	: Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği
ACR	: <i>American College of Rheumatology</i>
AIÖ	: Ağrı İnançları Ölçeği
AS	: Ankilozan Spondilit
cm	: Santimetre
F	: Varyans oranı
FMS	: Fibromyalji Sendromu
İTÖ	: İş Tatmini Ölçeği
KKİSA	: Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrısı
KKİSH	: Kronik Kas İskelet Sistemi Hastalığı
kg	: Kilogram
m	: Metre
Mak	: Maksimum
MAS	: Miyofasiyal Ağrı Sendromu
Min	: Minimum
n	: Birey Sayısı
p	: İstatistiksel anlamlılık değeri
PCQ	: <i>Pain Coping Questionnaire</i>
PBQ	: <i>The Pain Beliefs Questionnaire</i>
SG	: Substantia Gelatinosa
SS	: Standart Sapma
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1 Değerlendirme formunun ve anketlerin uygulanması	21

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1 Bireylerin fiziksel özellikleri	23
4.2 Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	24
4.3 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin “Çaresizlik” ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	25
4.4 . Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total puanının ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutlarının Cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	26
4.5 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutları (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ile yaş Değişkeninin korelasyon testleri	27
4.6 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutları (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ile boy, kilo ve vücut kütle indeksi (VKİ) değişkenlerinin korelasyon testleri	28
4.7 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Medeni Hali değişkenine göre karşılaştırılması	29
4.8 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Eğitim Durumu değişkenine göre karşılaştırılması	30
4.9 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Meslek değişkenine göre karşılaştırılması	31
4.10 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Sigara Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması	32
4.11 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Alkol Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması	33

4.12 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik”, “Tıbbi Çare Arama” alt boyutu ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin total skorunun Evde Birlikte Yaşanılan Kişi değişkenine göre karşılaştırılması	34
4.13 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorlarının Evde Birlikte Yaşanılan Kişi değişkenine göre karşılaştırılması	34
4.14 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Düzenli Ağrı Kesici Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması	35
4.15 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin total skoru ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”, “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutlarının Vücudunun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı Değişkenine göre karşılaştırılması	36
4.16 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutunun Vücudunun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı değişkenine göre karşılaştırılması	36
4.17 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skorunun ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) Kronik Ağrının Süresine göre karşılaştırılması	37
4.18 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Ağrının Şiddeti değişkenine göre karşılaştırılması	38
4.19 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skorunun ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) çevresinde ağrı deneyimi olan birisi olup olmadığı değişkenine göre karşılaştırılması	39
4.20 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skorunun ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ağrısının kontrolünün kime ait olduğunu düşünmesi değişkenine göre karşılaştırılması	40
4.21 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Ağrı İnançları Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Organik İnançlar”, “Psikolojik İnançlar”) arasındaki ilişki	41
4.22 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile İş Tatmini Ölçeği arasındaki ilişki	42
4.23 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Tampa Kinezyofobi Skalası arasındaki ilişki	43

4.24 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Vücut Farkındalığı toplam ve tüm alt boyutları (arasındaki ilişki “Uyku Uyanıklık Döngüsü”, “Vücut Tepkileri”, “Vücut Sürecindeki Değişiklikler ve Tepkilere Dikkat Etme”, “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” arasındaki ilişki	44
4.25 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler	45
4.26 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler	45
4.27 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler	46
4.28 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler	47
4.29 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler	48
4.30 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler	48
4.31 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler	49
4.32 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler	50
4.33 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler	51
4.34 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler	52

1.GİRİŞ

Ağrı, doku hasarı riski veya varlığında nosiseptörler ve periferik sinirlerden medulla spinalise ulaşan sinyallerin kortekse iletilmesi sonucu oluşan duyuşal hoşagitmeyen deneyimler olarak tanımlanabilir. Pek çok kişi, 3-6 ay devam eden ağrı şeklinde tanımlanan kronik ağrıdan hayatının bir döneminde yakınmaktadır. Dünya üzerinde birçok kişinin yakındığı bir problem olan kronik ağrı, çok ızdırap verici, hafif şiddette, sürekli veya ara sıra olabilir (1). Etkilenen bölgenin 3-6 aydan uzun süreli ağrı deneyimi yaşaması sonucunda, merkezi sinir sisteminin bu bölgeye karşı aşırı duyarlılaşması söz konusu olur. Bu duyarlılaşma sonucu, artık ağrı duyusu organik doku hasarına işaret etmiyor olabilir. Kronik ağrı, akut ağrı gibi koruyucu değildir ve kronik kas iskelet sistemi ağrısı (KKİSA) çoğunlukla fiziksel fonksiyon bozukluğuna, özörlörlöğe, yaşam kalitesinde azalmaya, duygu durum bozukluklarına yol açar (2-3). Akut kas iskelet sistemi ağrılarının tedavisi doğru yönetilmediğinde kronik ağrıya dönüşür ve kronik kas iskelet sistemi ağrıları çok faktörden etkilenen bir durum haline gelir. Yapısal, fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikler, yaşam tarzı ve eşlik eden hastalık gibi faktörlerin karmaşık etkileşimini içerir. Bu nedenle de anlaşılıp, iyi yorumlanabilmesi için biyopsikososyal bir çerçeve aracılığıyla ele alınması gerekmektedir. Bazı durumlarda kas iskelet sistemi ağrıları kendi kendine ya da basit müdahalelerle iyileşirken önemli bir kısmı uzun vadeli ağrı ve sakatlığa neden olmaktadır. Sakatlık prevalansının önümüzdeki yirmi yılda katlanarak artacağı ve sağlık sistemi üzerinde bir baskı oluşturacağı tahmin edilmektedir. Literatürde yer alan önemli çalışmalardan bazıları kişilerin kas iskelet sistemi ağrıları hakkında olan inançları ve yaptıklarının, ağrılarının ne kadar süreceğini ve bu nedenle ne kadar süre sakatlık yaşadıklarını öngördüğünü göstermiştir (139,140,141). Bu yanlış inançların değiştirilebilir olduğu düşünülürse, ağrıya bağlı sakatlığın önlenmesi ve tedavisinde, ağrı inançlarının düzenlenmesi önemli bir enstrüman olmaktadır.

Yapılan son araştırmalarla gelinen noktada klinik yönergeler, kas-iskelet sistemi ağrısı ile başvuran hastalarda tedavinin ilk basamağında hatalı inançların ele alınmasını ve hasta eğitimini önermektedir (142). Bununla birlikte birçok sağlık profesyonelinin kendisi ağrıyla ve ağrı tedavisiyle ilgili yanlış inançlara ve eksik ağrı yönetimi bilgisine sahipken, başvuran hastaları doğru yönlendirmesi beklenemez (143, 144). Klinisyenler, kronikleşmiş kas iskelet sistemi ağrısıyla ilgili olumlu, kanıt

dayalı inançları hem hastalara hem de genel olarak topluma aktarmak için önemli bir role sahiptir. Bizim çalışmamızda da özellikle sağlık çalışanlarının ağrı inançları ve ağrı ile baş etme stratejilerinin belirlenmesi bu noktada daha önce yapılan araştırmalara destek olması açısından önem taşımaktadır.

Ağrı deneyimi yaşamış her insanın ağrı ile baş etmek için kullandığı yöntemler farklılık göstermektedir. Literatürde ağrı ile baş etmeyi etkilediği düşünülen parametrelerle ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan bu çalışmada, ağrı ile baş etme stratejilerinin, ağrı inancı, kinezyofobi, vücut farkındalığı ve iş tatmin düzeyi gibi parametreler ile olan olası ilişkisi araştırıldı.

Literatürde primer bakım hizmeti sunup, toplum sağlığının sürdürülmesinde kritik rol oynayan sağlık profesyonelleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin stres seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Stresin kronik ağrıda kişilerin baş etme düzeylerini olumsuz etkilediği kanıtlanmış bir durumdur (4). Bu nedenle özel bir grup olan sağlık çalışanlarında ağrı ile baş etme stratejilerini etkileyen parametrelerin araştırılması kritik öneme sahiptir (5). Yapacağımız bu çalışma, ağrı ile baş etme stratejilerini etkileyen parametrelerin kanıta dayalı olarak belirlenmesini sağlayacak ve böylelikle sağlık çalışanlarının ağrı kaynaklı işe devamsızlıklarında, iş performans düşüklüğünde ve hayat kalitelerini olumlu yönde etkilemeye yardımcı olacak kronik ağrı ile baş etme stratejilerine dayalı eğitim ve öneriler ile ilgili ileri çalışmalar için de veri oluşturacaktır.

Çalışmamızdaki hipotezler:

Hipotez 1: Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkma stratejileri, ağrı inancı ve kinezyofobi ile ilişkilidir.

Hipotez 2: Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkma stratejileri, vücut farkındalığı ile ilişkilidir.

Hipotez 3: Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkma stratejileri, iş tatmin düzeyi ile ilişkilidir.

Bu çalışmanın amacı, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile baş etme stratejileri ile ağrı inançları, kinezyofobi, vücut farkındalığı ve iş tatmininin ilişkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

2.1.1. Ağrının Tanımı ve Tarihçesi

Ağrının tarihsel süreci insanlık tarihi kadar eskidir. İlk ağrı tanımlarına Eski Mezopotamya, Roma, Mısır ve Yunan topluluklarında ulaşılmaktadır (6). Ağrının İngilizce karşılığı olan “*pain*”, Latince ’de ceza, işkence anlamına gelen “*poena*” kelimesinden köken almaktadır, Eski Yunan Uygarlığında efsanevi öykü ve destanlarda bu anlamlarda özdeşleştirilmiştir (7). Ayrı bir duyu olarak tarif edilen ağrının ilk tanımı İbn-i Sina tarafından yapılmıştır (8).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı’nın (*International Association for the Study of Pain*) tanımına göre ağrı, “Gerçek veya potansiyel doku hasarından dolayı tarif edilen hoş olmayan bir duyu ve duygusal deneyimdir” (9). Var olan veya olası bir hasara işaret eden vücudun alarm sistemi ve koruyucu bir duyusudur. Ağrı deneyimi kişiseldir. Kişinin hoş olmayan duygusunu ve ağrı duygusuna tepkisini ifade eder. Benzer ağrılı uyarı iki kişi birbirinden çok farklı deneyimleyebilir. Burada ağrı eşiği ve ağrı toleransı kavramları akla gelmelidir. Ağrı eşiği kişinin ağrılı uyarı hissettiği en düşük şiddete, ağrı toleransı ise maksimum şiddete denmektedir (10).

Ağrı yalnızca organik doku hasarı ve fizyolojik durumlardan kaynaklı olmayıp aynı zamanda kişinin ağrıya dair subjektif inançları, duyu durumu, sosyokültürel seviyesi gibi birçok parametreyle ilişkilidir. (11). Bu nedenle, ağrı algısı kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Benzer köken alan bir ağrı duyusunun deneyimi (örneğin kırık sonrası kas iskelet sistemi ağrısı) farklı kişiler tarafından şiddeti, yoğunluğu, süresi ve sosyal hayata etkisi bakımından çok farklı deneyimlenebilir. Ağrının değerlendirilmesinde ağrı algısını etkileyen bütün parametreler göz önüne alınmalıdır (12).

2.1.2. Ağrının Fizyolojisi

Ağrı tüm vücutta bulunan nosiseptör denenen serbest sinir uçları aracılığıyla algılanır. Ağrının algılanma, iletim ve işleme süreci karmaşık bir süreçtir. Bu serbest

sinir uçları, hasarlanan dokulardan çeşitli kimyasalların (serotonin, asetilkolin, Kiyonları, bradikinin, laktik asit, proteolitik asit salgılanması ile uyarılır (13).

Ağrının algılanması farklılık gösterir. Genellikle akut durumlarda keskin ve ani bir ağrı duyusu hissederiz. Cilt yoluyla, mekanik ve sıcaklık nedenli uyarılarla meydana gelir ve uyarının gerçekleşmesiyle 0,1 saniyede algılanır. İnflamasyon olan bir dokudan yayılan veya kronik köken alan bir ağrının algılanmasıyla zonklayıcı ve sızlayıcı tarzda olur ve algılanması 0,1 saniyeden daha uzundur. Kimyasal uyarılara ek olarak mekanik ve sıcaklık kaynaklı uyarılar yoluyla gerçekleşir. Hızlı ağrı denilen 0,1 saniyede algılanan ağrıların iletimi, myelinli A-delta lifleri aracılığıyla gerçekleşir ve medulla spinalisin dorsal boynuzuna neospinotalamik yol üzerinden taşınır. Talamusta çapraz yaparak primer somatosensoriyel bölgede sonlanan bu ağrı yolu sayesinde ağrının lokalizasyonu kolay bir şekilde belirlenebilir. Yavaş ağrı denilen, algılanması 0,1 saniyeden uzun süren ağrıların iletimi ise myelinsiz C lifleri aracılığıyla gerçekleşir ve medulla spinalisin dorsal boynuzuna paleospinotalamik yol üzerinden taşınır ve beyin sapında sonlanır. Lokalizasyonu hızlı algılanan ağrı tipine göre daha zordur (13,14).

2.1.3. Ağrı Teorileri

- *Patern Teorisi*: Bu teoride ağrının üretiminde, somatik girdilerin toplamı sonucu oluşan sumasyonun birikimsel olarak ağrıyı oluşturduğu öne sürülmüştür. Medulla spinalisin dorsal kolonuna iletilen basınç, ısı gibi mekanik uyarıların neden olduğu ağrının toplamıdır (15).

- *Spesifik Teori*: Ağrının özgül bir uyarın vasıtasıyla alındığı ve serebellumda spesifik bir reseptör tarafından algılandığı görüşünü öne sürer. Spesifik teorinin doğru olmadığı kanıtlanmıştır (16).

- *Yoğunluk Teorisi*: Sıcaklık, dokunma, koku ve tat duyularını taşıyan reseptörlerin yoğun olarak uyarılması ile meydana gelir. Şiddet ve yoğunluk arttıkça rahatsızlık ve ağrı hissi oluşmaya başlar (17).

- *Kapı Kontrol Teorisi*: Bu teoride beyne ağrının iletimi esnasında, presinaptik inhibisyon yoluyla ağrının omurilik seviyesinde düzenlendiği görüşü savunulmuştur. Myelinli ve kalın yapıda olan Alfa- Beta lifleri, hafif temaslara karşı duyarlı olduğu için uyarımı daha kolay olur ve sinir iletim hızı daha yüksektir. Merkeze Substantia

Gelatinosa (SG)'ya uğrayarak taşınırlar. Ağrıyı taşıyan C lifleri ise ince ve myelinsiz yapıdadır ve iletim hızı daha yavaştır. Merkeze, omuriliğin dorsal kolonunda yer alan Target (T) hücrelerinden geçerek iletilir. Alfa-Beta liflerinin daha hızlı iletimi sayesinde SG uyarılır ve SG'nin T hücreleri üzerinde inhibitör etkisi vardır. T hücrelerinin inhibe olmasıyla ağrı taşıyan C liflerinin üst merkezlere iletimi baskılanmış olur. SG'nin T hücreleri üzerinde bu etkisine presinaptik inhibisyon denir (18,19).

2.1.4. Ağrı Sınıflaması

Deneyimlendiği Bölgeye Göre

Ağrının vücutta deneyimlendiği bölgeden bahsedilir. Kas-iskelet sistemi ağrısı, Baş ağrısı, İç organ ağrısı gibi adlandırmalar yapılır (20).

Nörofizyolojik İşleme Göre

Nosiseptif Ağrı: Nosiseptörler vücuttaki tüm doku ve organlarda bulunmaktadır. Zararlı uyaranların yarattığı rahatsız edici hislerin oluşmasıyla vücudu uyaran, olumlu bir işlevi olan ağrıdır. Somatik veya visseral ağrı şeklinde ayrıca sınıflandırılmaktadır (21). Somatik ağrı duyuşal lifler aracılığıyla taşınır ve yoğunluğu-lokalizasyonu fazladır. Visseral ağrı sempatik lifler aracılığıyla taşınır ve tarifi zor ve yaygın bir ağrı tablosudur. Yansıyan tipte bir ağrı hissedilir. Sempatik sinir sisteminin de uyarılmasıyla nabız, kan basıncı gibi yaşamsal bulguların etkilenimi söz konusudur (22).

Nöropatik Ağrı: Nörolojik sistemde bir bozukluk ya da fonksiyon bozulmasıyla nosiseptif uyaranların devamlı olarak aktif halde olmasıyla görülür. Santral kaynaklı nöropatik ağrı üst merkezlerde bir hasar söz konusudur (felç sonrası ağrı, talamik ağrı...vb). Periferik nöropatik ağrıdaysa periferik sinir sistemi hasarı mevcuttur (diyabetik nöropati, herpes ağrısı...vb) (20).

Psikosomatik Ağrı: Ortada yapısal veya işlevsel bir problem yokken kişinin hissettiği veya olası bir doku hasarında, hasarın neden olabileceği ağrı şiddetinden çok daha yoğun ve şiddetli hissedilen ağrılardır (23).

Etiyolojisine Göre

Ağrının neden olduğu organik sebebe göre yapılan sınıflamadır. Kanser ağrısı, artrit ağrısı vb. örnek olarak verilebilir (18).

Deneyimlenme Süresine Göre

Akut Ağrı: 3 aydan kısa süren, ani başlangıçlı, şiddetli ve tedaviye çabuk yanıt verebilen ağrılardır (24).

Kronik Ağrı: 3-6 aydan daha uzun süren, ısrarcı ve tekrarlı ağrılardır. Tedaviye hemen ya da hiç yanıt vermeyen ağrılardır (25).

2.1.5. Kronik Ağrı

Doku hasarı kaybolduktan sonra da ağrı devam etmektedir. Ağrının algılanması ve modülasyonu karmaşık bir hal almaya başlamıştır. Birçok parametreden etkilenir durumdadır. Kişilerin yaşam kalitesini düşüren, emosyonel durumlarını ve sosyal yaşantılarını etkileyen kronik ağrının tedavisinde de daha karmaşık düşünmek, organik olası doku hasarına odaklanmak yerine daha kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir (26).

Kronik ağrının, emosyonel regülasyonda büyük payı olan limbik sistemi ve prefrontal korteksi de etkileyip santral sensitizasyona yol açtığı düşünülmektedir. Bu durumda depresif ruh haline ve olumsuz ağrı inançlarına sahip bireylerde, ağrının gidişatında kalıcılık ve ısrarcılık yönünden kötüye gidişat görmekteyiz (27).

Çalışmalar kronik ağrı prevalansının %2-54 arasında değiştiğini gözlemlemiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yaklaşık olarak %10 ila %20'si kronik ağrıdan yakınmaktadır (28).

Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrıları

Kaslar, eklemler ve kemik yapılarında meydana gelen ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Ortalama yaşam süresinin gittikçe uzamasıyla kronik kas iskelet sistemi ağrılarında ciddi artış gözlenmektedir (29,30). En sık KKİSA, %58-85 oranıyla bel ve sırt bölgesinde gözlenmektedir. Ardından sırasıyla %40 oranında boyun, %7-10 oranında omuz ağrıları görülmektedir (31). Diz, kalça, el-bilek, ayak-bilek

eklemleri de KKİSA görülen diğer bölgelerdendir. KKİSA kadınlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde daha fazla görülmektedir ve erişkin popülasyonda her 5 kişiden 1'i KKİSA'ndan yakınmaktadır (32). İleri yaşa, aile öyküsüne ve depresif ruh haline sahip kişiler kronik yaygın ağrı açısından risk altındadırlar (33).

Kronik Kas İskelet Sistemi Hastalıkları (KKİSH)

Tüm dünyada en sık görülen hastalıkların başında Kas İskelet Sistemi Hastalıkları gelmektedir ve çoğu kronik ağrıya neden olmaktadır (34). Bu hastalıklar arasında en sık yer alanlar artritler, gerilim tipi baş ağrısı, bel ağrısı, ankilozan spondilit ve eklem tutulumu olmayan romatizmal hastalıklar, fibromiyalji sendromu ve miyofasiyal ağrı sendromudur (35).

KKİSH'ndan Fibromyalji Sendromu (FMS) etiyolojisi bilinmeyen, lokalize yakınmaların olmadığı yaygın ağrıdan bahsedilen bir sendromdur. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (36). Hastalar farklı bölgelerde bulunan hassas noktalardan, kronik yorgunluktan, uyku paterninin bozulmasından, eklemlerde tutukluk hissinden, genel kas ağrılarından, subjektif şişliklerden ve baş ağrılarından şikayetçidir (37,38). Bilişsel işlev bozuklukları da bahsedilen fiziksel yakınmalara eşlik etmektedir. Kısa süreli hafızada bozulma ve konsantrasyon kaybı bunlardan bazılarıdır (39).

American College of Rheumatology (ACR)' ye göre FMS tanısı için vücutta belirli 18 hassas noktadan en az 11'inde hassasiyet ve en az 3 aydır devam eden yaygın ağrı olması gerekmektedir (40).

Miyofasiyal Ağrı Sendromu (MAS) kaslarda oluşan gergin ağrılı bantlar ve üzerine baskı uygulandığında yayılan ağrıya sebep olan tetik noktalar (*trigger point*) ile karakterizedir. Hastalar lokalize kas ağrısından şikayetçidir. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları Ağrısı nedeniyle şikâyette bulunan hastaların %30 ila 50'sini oluştururlar (41, 42). Ek olarak kas spazmı, kas liflerinde gerginlik, otonomik disfonksiyon ve eklem hareketlerinde de kısıtlılık görülmektedir (43). Bu hastalığın en çok etkilediği bölgeler omuz, boyun ve bel bölgeleridir (44).

Kronik bel ağrısı, en az 6-12 hafta süren, mekanik ya da mekanik olmayan sebeplere bağlı olarak gelişen ve iyileşmesi aylar sürebilen ağrı olarak

tanımlanmaktadır. %90 oranında mekanik sebeplerle yaşanan bel ağrısının nedenleri arasında intervertebral disk dejenerasyonları, karın ve bel kaslarındaki zayıflık, disk herniasyonları ve yaşa bağlı gelişen deformiteler yer almaktadır. Kronik bel ağrısı sonucu oluşan ağrı ve fonksiyonel kayıp kişide bir yetersizliğe neden olmaktadır. Süre uzadıkça bu kişilerde psikolojik sağlamlığın da etkilendiği gözlenmiştir (45).

Çoğunlukla ağrı ve hareket kısıtlılığı ile karakterize olan boyun ağrıları, yaşam kalitesi üzerine ciddi etkisi olan kas iskelet sistemi ağrılarında biridir. Akut kas spazmları, ligament yaralanmaları, servikal disk hernileri, servikal spondiloz, bazı romatizmal hastalıklar (RA, AS gibi), enfeksiyonlar boyun ağrısına neden olan faktörler arasındadır (46).

Romatoid Artrit simetrik eklem tutulumuyla karakterize olup kas iskelet sistemi ağrısına neden olan, sistemik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Sinoviyal dokuların inflamasyonuna bağlı olarak kemik, kartilaj ve ligamentte kalıcı hasar bırakmaktadır. 35-50 yaş arası kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda RA görülmektedir (46). RA tanılı hastaların %70'inde hastalığın ilk senelerinde kemikte kalıcı deformiteler oluşmaya başlar. Bu deformiteler ve ağrı nedeniyle hastalar kronik ağrıdan ve yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenimden şikayetçi olmaktadır (47).

Sağlık Çalışanlarında Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrıları

Sağlık çalışanlarında, uygun postürde çalışmama, ağır iş yüküne sahip olma ve travmatik tekrarlı hareketler, ergonomi eğitimi eksiklikleri, multidisipliner ekip çalışmasında yaşanan aksaklıklar, uzun süreli statik postürde çalışma ve mesleki yaklaşımlar gereği çalışma hayatında strese maruziyet ve bu sebepli duygu durum bozuklukları gelişme riski nedeniyle, kas iskelet sistemi hastalıklarına bağlı ağrılar görülmektedir (48). Özellikle hasta temasında direkt olarak bulunan ve primer hasta bakımında rol alan sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir (48).

2.1.6. Ağrının Hafıza Edilmesi

Ağrı uyarısının alınması, deneyimlenmesi ve hissedildiği süreden sonra yeniden hatırlanıp deneyimlenmesine denmektedir. Omuriliğin dorsal kolonundaki duyu nöronlarında sinaptik boşlukta başlayıp singulat kortekse kadar olan bölgede

işlenen bir süreçtir. Ağrılı uyaran kesildiğinde bile merkezde ağrı duyumu devam etmektedir. Yani ağrı deneyimi devamlı olmaktadır. Bu durum kişinin ağrı algısıyla, ağrıya dair inançlarıyla, ağrı şiddetiyle ve bireyin duygu durumuyla alakalı olarak değişmektedir (30).

2.1.7. Ağrı Algısı ve Ağrı İnançları

Ağrı algısı, hastalığın kişi tarafından nasıl anlaşılıp yorumlandığını ifade etmektedir. Hastanın kendi ifadesine odaklanmak, kişi ağrının varlığından bahsediyorsa o şekilde kabul edilmesi gerektiği, ağrı algısını açıklayan bir diğer yorumdur. Bu yoruma göre ağrının subjektif bir duydu olduğundan, kişiden kişiye değişebileceğinden ve dolayısıyla tedavisinin, hastanın sözüne inanarak güven temeli üzerinde kurulması gerektiği belirtilmektedir (49). Bir başka tanımdaysa ‘bireyin olumlu ya da olumsuz bir hayat deneyimi oluşturmak amacıyla ağrıyı yorumlaması ve düzenlemesi’ şeklinde bir açıklama yapılmıştır (50).

Ağrıya dair inançlar alt yapısını sosyal yaşantıdan ve psikolojik durumdan alır. Kişinin sahip olduğu düşünce sisteminin, bilişsel seviyede yapı taşı oluşturduklarıdır. Bilişler, tutumlar, duygular ve düşünceler ağrı inançlarını etkileyen parametrelerdendir (51).

2.1.8. Ağrı ile Baş Etme

Ağrı ile baş etme, kişilerin ağrı kontrolünde önem göstermektedir. Ağrı ile baş etme stratejileri geliştirmede kişilere içsel kontrol odakları yaratıp ağrı kontrolünü sağlamak öğretilmektedir (51).

2.1.9. Ağrı İnançını ve Ağrı ile Baş Etmeyi Etkilediği Düşünülen Faktörler

Daha önceki hastalık deneyimleri, hastalıkla ilgili algılar, kişilik özellikleri, hastalıkla baş etmede kullanılan metotlar, kültür gibi etkenlerle hastalık sürecindeki algı ve yaşantılar oluşur. Bu etkenler ile deneyimlenen semptomatik veya bedensel bilgilerin bütünü hastalık davranışını etkilemektedir (52). Ağrının kontrolünün sağlanabilmesi için kişinin ağrı inançlarının, ağrıyla başa etmede kullandıkları mekanizmaların ve ağrıya yükledikleri anlamın bilinmesi ve bu bilgilerin ağrı tedavisinde kullanılması önemlidir (53).

Cinsiyet, ağrı ile baş etmeyi ve ağrı inancını etkileyen faktörlerden biridir. Cinsiyetler arası fizyolojik, sosyolojik ve yaşam tarzı gibi farklılıklardan ayrıca kadınların ağrı deneyimlerini erkeklere göre daha açık ifade etmelerinden kaynaklanmaktadır (54).

İleri yaşla birlikte ağrı deneyimi de farklılık göstermektedir. Yaşlıların ağrı deneyiminin gençlerden daha uzun süre olmasına rağmen, sağlık kuruluşlarına ağrı şikayetiyle başvuruları daha az olmaktadır. Buna, ağrının yaşlılık kaynaklı olduğu düşüncesi ve ağrılarını ifade ederlerse huysuz hasta olarak algılanacaklarını düşünmeleri neden olmaktadır (55).

Kültürler yaşantının farklılıkları ve etnik köken de ağrı ile baş etmeyi ve ağrı inançlarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bazı kültürlerde ağrı ve acı çekme bir merteye olarak görülürken, bazılarında bir ceza olarak algılanır. Bu da ağrıyı yaşayış şekillerini etkilemektedir. Kimi etnik gruplarda ağrı çektiğini saklamak ve tıbbi yardım aramayı reddetmek yönünde gidilirken, kiminde mimik ve jestlerden bile anlaşılabilir. Ağrıya verilen tepkiler benzer olsa dahi bu tepkilerin farklı kültürlerde farklı anlamlar taşıdığı vurgulanmaktadır (56,57).

Bireyin çevresinin ağrıyı algılama ve yorumlama biçimi de ağrı deneyimini etkilemektedir. Dolayısıyla sosyal etkenler de ağrı ile baş etmede önemli faktörlerdendir. Kişinin ailesinde kronik ağrısı olan bireylerin varlığı ve bu kişilerin ağrıya verdikleri olumsuz yanıt (depresyon, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi gibi) ağrı toleransını azaltabilmektedir. Kronik ağrı sürecinde depresyonla karşılaşmak ağrı ile baş etmeyi ve ağrı tedavisini zorlaştırmaktadır. Psikolojik etkenlerin de ağrı inançlarını ve ağrı ile baş etmeyi etkilediği düşünülmektedir (58,59).

2.2. Kinezyofobi

İlk kez 1990 yılında tanımlanan kinezyofobi terimi, “kinesis” (hareket) ve “phobos” (korku) kelimelerinin birleşiminden oluşur, yapılan ilk tanımlarda “yaralanma ihtimaline karşı olan aşırı duyarlılık ve kırılabilir inancının sebep olduğu zayıflatıcı ve yıkıcı hareket korkusu” olarak ifade edilmiştir (60). Hareket etme korkusunu, hareket etmekten kaçınma davranışı tanımlamaktadır. Akut ağrılı bir yaralanma veya kronik ağrı sebebiyle ortaya çıkan, kişinin fiziksel aktivite düzeyini ve hareketliliğini azaltan bir aşırı kaygı durumudur (61,62).

Kinezyofobi limbik sistemdeki insula ve amigdala bölgeleriyle ilişkilidir ve bu bölgeler yaşamsal dürtüler, duygu düzenleme ve hafıza denetiminden sorumlu bölgeler olarak bilinmektedirler (63,64). Korku aslında doğuştan gelen ya da sonradan öğrenilen bir hayatta kalma mekanizmasıdır ve koruyucudur fakat geçirilmiş travmalar sonrası kişilerin ağrı ve acıyı nasıl yorumladıklarına bağlı olarak, kimi insanda yaralanma bölgesine yeniden hasar verme korkusunun aşırılaşması söz konusu olur. Aslında koruyucu olan korku duygusu bu sefer kişiye zarar vermeye başlar.

Korku duygusuyla hareket etmekten kaçınan kişilerde ağrı döngüsü devam etmektedir. Bu durum kronik ağrı hastalarında gördüğümüz santral sensitizasyonun (fizyolojik olarak, santral sinir sistemindeki nosiseptörlerin, eşik değerin altındaki afferent uyarılara karşı artmış yanıtı, periferde sinirin inerve ettiği alanın dışına doğru yayılımı, uzamış deşarj sonucu ağrılı uyaran ortadan kalksa da ağrının beklenmedik şekilde hissedilmeye devam etmesi (65) sebeplerinden biridir ve korku kaçınma modeliyle açıklanmaktadır. Kimi insan akut ağrı deneyimi sonrası sorunsuz iyileşirken kimisinin neden kronik ağrıya dönüştüğü bu modelle anlaşılabilir (63,66).

Hasarlanan bölgeyi yeniden yaralama korkusu yaşayan kişiler, hareketlerin sonuçlarından kaygı duyma, psikolojik ve fiziksel rahatsızlık hissi (yorgunluk, bıkkınlık, ağrı) sonucu, daha önceden yaşamış olduğu durumlardan kaçmak için özellikli ve aşırılaşmış bir davranış biçimi geliştirebilirler (67,68). Kaçınma davranışı, sınırlı bir süre bazında, zararlı uyarı ile etkileşimi kısıtladığı için desteklense de süre uzadıkça aktivite kısıtlaması, özür ve diğer fonksiyonel etkiler ile aynı zamanda psikolojik olumsuzlukların gelişmesine neden olan patolojik bir adaptasyon cevabına dönüşecektir (69). Bu modelde, ağrı ve olumsuz deneyim sonucu kaçınma davranışı geliştirmeyip, savaşmayı seçen grupta, ağrıyı tehdit olarak algılamadıkları, günlük aktivitelerine ağrı kaynaklı bir müdahalede bulunmadıklarını ve bu nedenle de daha hızlı bir şekilde iyileştiklerini görmekteyiz (70). Bunun aksine yaralanma veya başka nedenler sonucu oluşan ağrıyı tehdit olarak algılayıp, ağrının arttığı durumlarda kaçınma davranışını abartan kişiler, hareket etmekten korkmaya başlar. Bu, zamanla tetikte olma halinin artmasına, uykusuzluk ve anksiyeteye sebebiyet vermektedir (71). Hareket korkusu ve performans seviyesi ile ilgili literatürde yapılan birçok çalışmada da belirtilmiştir ki performans seviyesi ve ağrı kaynaklı korku arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, ağrı şiddetiyle performans seviyesi arasında doğrudan bir ilişki

bulunamamıştır (72). Sonuçta ağrıya bağlı korku fiziksel aktivitelerden kaçınmaya neden olurken, ağrı şiddeti bunun üstüne belirleyici bir faktör olmamıştır (73). Ağrıyı felaketleştirme ve kinezyofobinin ağrı ile ilişkili verilerle olan ilişkisini daha fazla araştırmayla incelemek, ağrı deneyiminin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır.

Literatürde kinezyofobi araştırmaları, özellikle kronik ağrı şikâyeti olan hastalar üzerinde yapılmıştır. Hareket korkusunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan araçlardan bir tanesi Tampa Kinezyofobi Ölçeği'dir (TKÖ). Kinezyofobinin fonksiyonellik ve hareket üzerine etkisini belirlemek ve ağrı ilintili hareket etme korkusu insidansını göstermek için uygulanmaktadır (74).

2.3. İş Tatmini

İş tatmini konusunda birçok araştırma yapılmasına rağmen, tanımı noktasında bir birliklilik bulunmamaktadır. İş tatmini, çalışan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının durumuna bağlı olarak duygularının da bir yansımasıdır (75). Bir başka tanımda iş tatmini, kişinin psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşullar dahilinde tam anlamıyla işinden memnuniyet duyması şeklinde tanımlanmıştır (76).

İş tatmini çalışanların ruhsal ve bedensel sağlıklarına, iş performanslarına, sosyal ilişkilerine ve tüm yaşantısına etki edebilmektedir. Son zamanlarda, iş tatmininin önemi işletmeler tarafından kavranmıştır ve iş görenlerinin iş tatminlerini ölçmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalarda, iş tatmininin yüksek olmasının, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasını sağladığı ayrıyeten iş hayatının kalitesini de arttırdığı varsayılmaktadır (77).

İş tatminini etkileyen faktörler, içsel, dışsal ve kişilerarası olmak üzere üç grupta incelenebilmektedir. İçsel olarak bireyin konumu, eğitimi gibi daha bireysel unsurlar, dışsal faktörler ücret, çalışma koşulları gibi daha örgütsel unsurlar ve kişilerarası faktörler ise sosyal ortam ile etkileşimin birleşimidir (78). Bu faktörler arasında en etkili olan bireysel faktörler ve örgütsel faktörlerdir. Bireysel faktörlerin alt boyutları arasında cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaş, iş unvanı ve kişilik tipidir.

Yapılan araştırmalar çalışma koşullarından memnun olmayan kadınların erkeklerden daha hızlı bir şekilde işten ayrıldığını göstermektedir ve erkeklerin

kadınlara göre işlere daha eleştirel yaklaşması da erkeklerin iş tatmin seviyesini düşürmektedir (79).

Medeni durumun da iş tatmin seviyesini etkilediği belirtilmiştir. Bireyin evlilik ve iş sorumlulukları kaynaklı stres düzeyi iş tatminsizliğine sebep olabilmektedir (80).

Yaş durumuna göre bireylerin ücret, saygı ve başarı beklentileri değişmektedir bu da iş tatmin seviyesine dolaylı olarak etki etmektedir. Genel anlamda yaşla birlikte mesleki tatmin seviyesi yükselmektedir (79).

Öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerde iş tatminin yüksek olduğu, bunun aksine alınan eğitimin yapılan işin yetki ve tanımından daha fazla olması da bireyde iş tatminsizliğine neden olmaktadır (80).

Azalan iş tatmin seviyesinin bireylerin sağlıklarına olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. En sık rastlanan tabloda bireylerde uykusuzluk, halsizlik, baş ağrısı gibi günlük yaşam kalitesini düşüren durumlar gözlenmektedir. Bir yandan stres ve hayal kırıklığı gibi emosyonel durum değişiklikleri kişiyi psikolojik açıdan da zorlamaktadır (81). İş tatmininin düşük olması birey için uzun vadeli patolojik sıkıntılara sebebiyet vermektedir bu nedenle ciddiye alınması gereken hassas bir konudur. İşe duyulan memnuniyetsizliğin uzaması sonucunda çalışanlarda mide-bağırsak problemleri ve daha ileri boyutlarda duygusal ve psikolojik bozukluklar görülmektedir (82).

İş tatmini ve sağlık düzeyi arasında bulunan ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakılan bir meta analizde, iş tatmininin, fiziksel ve zihinsel sağlık arasında çok güçlü bir ilişki bulunmuştur. Günlük hayatın çok büyük kısmının iş yerlerinde geçirildiğini varsayarsak toplumsal sağlık noktasında iş tatmin düzeylerinin yüksek tutulmasının çok büyük avantajı olacaktır. Bu hususta yapılan meta analizde, özellikle tükenmişlik, stres, kaygı, depresyon ve memnuniyetsizliğin çalışanın refah seviyesi için tehlikeli olduğu saptanmıştır (83).

2.4. Vücut Farkındalığı

Vücut farkındalığı kişinin vücut bölgeleri, boyutları ve konumlarının bilincinde olmak, anlık veya uzun süreli bedensel değişimleri ve tepkileri fark etmek gibi becerilerin bütünüdür. Beden parçaları veya bütün bedenin, zihin ve ruhla senkronize olabilmesidir (84). Vücut farkındalığı dikkat, değerlendirme, inançlar, tutumlar ve duygular gibi zihinsel işlemlerle modifiye edilebilir (85).

Günlük yaşamda yapılan birçok basit ya da karmaşık hareket sırasında gelişen vücut postürünün kişi tarafından farkında olunması, bilinçli bir eylemdir. Bu hareketler sık tekrarlanıp otomatik hareketlere dönüştüğünde artık farkında olma halinden çıkılıp otomatik hareket paternleri geliştirilmektedir. Bu işlemler sırasında kişinin kendi bedenini algılayıp, yorumlaması ve vücudunda meydana gelen değişikliklerin farkında olması, kişinin vücut farkındalığıyla gerçekleşmektedir (86). Dünyada bedenlerimiz aracılığıyla var oluruz ve bedenlerimiz dünyayı anlama yolunu oluşturur. Vücut farkındalığı da bedenin kendisi veya başkalarıyla etkileşimi açısından nasıl kullanıldığının, işlevinin ve davranış şeklinin farkında olunmasıdır (87).

Vücut farkındalığı nörofizyolojik açıdan incelendiğinde, vestibüler sistem, propriyosepsiyon, interosepsiyon ve eksterosepsiyon gibi birçok duyuşal bileşenle anlamlandırılmaktadır. İnterosepsiyon, vücudun içinden gelen duyuşal girdilerin işlenmesi, eksterosepsiyon vücudun dışından gelen girdilerin işlenmesidir. Propriyosepsiyon, vücudun pozisyon hissi ve vücudun içinden ve dışından gelip işlenen verilerin yorumlanıp, uygun duruş ve hareketin bilinçli bir şekilde oluşturulmasıdır (86,88). Bireysel bir duyuşdur ve bilinçli algıda yoktur, görme ve işitme gibi duyuşlar bunun aksine herkeste benzer deneyimlere neden olur (89). Propriyoseptörler tarafından algılanan propriyosepsiyon, eklem pozisyonu, basınç ve kas gerginliği bilgilerinin işlenmesiyle sağlanan, eklem hareket algısı ve pozisyon duyuşudur. Bu bilgiler kaslarda, tendonlarda, bağlarda ve yumuşak dokularda bulunan propriyoseptörler tarafından alınır (90). Vücut farkındalığının tanımı, ilk başlarda sadece bedenin içinden gelen duyuşların farkındalığı ile sağlandığı düşünülerek yapılsa da daha sonrasında yapılan çalışmalarla hem interoseptif hem eksteroseptif duyunun entegrasyonu ile sağlandığı görüşü kanıtlanmıştır (91).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarının ağrı ile başa çıkma stratejilerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu kesitsel çalışmaya, Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Kavaklıdere şubelerinde çalışan, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan, 30-65 yaşları arasındaki 116 (72 kadın, 44 erkek) gönüllü sağlık çalışanı (doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hemşire ve sağlık destek personeli) katıldı. Katılımcılar doktor, fizyoterapist, diyetisyen bir grup altında, hemşire ve sağlık destek personeli bir diğer grup altında sınıflandırıldı. Meslek grupları sınıflandırılırken hastaya primer bakım hizmeti sağlayıp sağlamamasına göre bir ayırım yapıldı. Hemşire ve sağlık destek personeli hasta transferi, hastaların kişisel bakım ve hijyeninde de etkin rol aldığı için aynı grupta yer aldı. Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı Bayındır Hastanesi Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Başkanlığı tarafından 27.01.2021 değerlendirme tarihinde, BTEDK-02/21 karar numarası ile kabul edildi (EK 2. Etik Kurul Onay Belgesi). Değerlendirmeler öncesinde tüm bireylere, çalışmanın amacı ve kapsamı detaylıca anlatıldı. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmayı kabul eden bireylere Aydınlatılmış Onam Formu imzalatıldı (EK 3. Aydınlatılmış Onam Formu).

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 3- 6 aydan uzun süredir kronik kas iskelet sistemi ağrısı olması,
- 30-65 yaşları arasında olması,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Psikiyatrik hastalık tanısı veya ilaç kullanımı,
- Malignite varlığı,
- Gebelik varlığı,
- Nörolojik kökenli ağrılı durumlar, akut ağrılı durumlar

3.2. Yöntem

Bu çalışmada, örneklem büyüklüğü belirlenirken, bağımlı değişkeni (ağrı ile başa çıkma ve 4 alt boyutunu, kendi kendine başa çıkma, tıbbi çare arama, çaresizlik,

bilinçli bilişsel girişimler) etkileyebileceği düşünülen, bağımsız değişkenlerin (ağrı inançları, ağrı inançları organik inançlar alt boyutu, ağrı inançları psikolojik inançlar alt boyutu, kinezyofobi, iş tatmini, vücut farkındalığı, vücut farkındalığı vücut sürecindeki değişiklikler alt boyutu, vücut farkındalığı uyku-uyanıklık döngüsü alt boyutu, vücut farkındalığı hastalığın başlangıcında tahmin alt boyutu ve vücut farkındalığı vücut tepkileri tahmini alt boyutu) sayısının 10 ila 20 katı kadar bireyin dahil edilmesi önerildiği için 116 kişi çalışmaya alındı (n=116) (93).

3.2.1. Değerlendirmeler

Bireylerin Sosyodemografik ve Fiziksel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaşı (yıl), cinsiyeti, boyu (cm), vücut ağırlığı (kg) kaydedildi. Vücut kütle indeksi kişilerin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluklarının (m) karesine bölünmesiyle (kg/m^2), Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği kriterlere göre hesaplandı (94). Kişilerin eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sigara kullanımı, alkol kullanımı, evde kimle beraber yaşadığı, sürekli ağrı kesici kullanımı varlığı, vücudunun hangi bölgesinde ve ne kadar süredir ağrı deneyimi yaşamış olduğu, ağrının şiddeti, çevresinde ağrı deneyimleyen kişilerin varlığı, ağrı kontrolünün kime ait olduğunu düşündüğü ve özgeçmiş-soy geçmişleri kaydedildi.

Ağrı ile Başa Çıkma Becerisinin Değerlendirilmesi

1992 yılında, Kleinke tarafından geliştirilen, ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koyan Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) (*Pain Coping Questionnaire- PCQ*) kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarının ağrı ile başa çıkma becerisini değerlendirmek için kullanıldı. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Karaca ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (95). Ölçek, kronik ağrı hastalarının organik veya psikojenik ağrı ile başa çıkma biçimlerini değerlendirir. 29 maddelik, öz bildirime dayanan ölçek, 4'lü Likert skalasında (0=hiçbir zaman, 1=çok az, 2=arada sırada, 3=sık sık) şeklinde yanıtlanmaktadır.

Testten alınabilecek toplam puan en yüksek 87, en düşük 0 şeklindedir. Düşük puanlar ağrı ile başa çıkma becerisindeki yetersizliğe işaret eder.

Ayrıca, ölçek (ABÖ), 4 alt başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; “Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” şeklindedir. Ölçek alt puanları için bir kesme noktası (*cut off*) bulunmamaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülen iç tutarlılığı 0,75 olarak bildirilmiştir (95).

Alt değerlendirmelerin maddeleri şu şekilde sıralanır:

- Kendi Kendine Başa Çıkma: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 16, 17, 20, 23, 27, 29. maddeler,
- Çaresizlik: 1, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 28. maddeler,
- Bilinçli Bilişsel Girişimler: 9, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 27. maddeler,
- Tıbbi Çare Arama: 4, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 24. maddeler.

Her alt başlığın toplam puanı, belirtilen numaralı sorulara verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. Kendi kendine başa çıkma alt boyutundan en yüksek 36, çaresizlik ve bilinçli bilişsel girişimler alt boyutlarından en yüksek 24 ve tıbbi çare arama alt boyutundan ise en yüksek 27 puan; tüm alt boyutlardan ise en düşük 0 puan alınmaktadır. Bu alt boyutlardan alınan puanların artmasıyla, başa çıkmayla ilgili o alt boyuttaki davranış biçimi ve duygu durumunun daha fazla kullanıldığı anlamına gelmektedir.

Ağrı İnançlarının Değerlendirilmesi

1992 yılında, Edwards ve ark tarafından geliştirilen, ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için uygulanan Ağrı İnançları Ölçeği (AIÖ) (*The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ*) kullanılarak değerlendirme yapıldı (5). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Berk ve ark. tarafından 2006 yılında yapılmıştır (6). Ölçek 2 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklardan 8 madde “organik inançlar”ı ve 4 madde “psikolojik inançlar”ı ifade eder. Katılımcılardan (1=hiçbir zaman) ile (6=her zaman) arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygun olanı seçmeleri istendi.

Her alt testin madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Organik İnançlar: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler,
- Psikolojik İnançlar: 4, 6, 9, 12. maddeler.

Her alt test için toplam puan, o alt boyuttaki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamakta, ölçeğin alt puanından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermektedir. Organik ve psikolojik inançlar alt boyutlarından en yüksek 6, en düşük ise 1 puan alınabilmektedir (96). Formdaki 2. ve 3. maddeler puanlama dışında tutulmaktadır ancak ölçekten çıkarılmasına gerek yoktur. Organik inançlar alt boyutundan alınan skor yükseldikçe sorunun fiziksel veya organik kökenli olduğunu, psikolojik inançlar alt boyutundan alınan skor yükseldikçe ise sorunun psikolojik kaynaklı olduğunu belirtmektedir.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı Organik İnançlar alt testi için 0.71 ve Psikolojik İnançlar alt testi için de 0,73 olarak bildirilmiştir (97).

Hareket Etme Korkusunun Değerlendirilmesi

Vlaeyen ve ark. tarafından, hareket/tekrar yaralanma korkusunu ölçmek için geliştirilen Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) ile değerlendirme yapıldı. Ölçek, 17 sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır (98). Ölçek, iş ile ilişkili aktivitelerde, yaralanma/tekrar yaralanma ve korku-kaçınma parametrelerini içerir. Puanlamada, 4 puanlık Likert sistemi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 4=Tamamen katılıyorum) kullanılmaktadır. 4, 8,12 ve 16. maddenin ters çevrilmesinden sonra toplam puan hesaplanmaktadır. Bireyler, 17-68 arasında toplam skor almaktadır. Vlaeyen ve ark, ölçekten 37 puan (*cut off*) üzerinde puan alan katılımcılar için “yüksek kinezyofobi” tanımlaması yapmıştır (99).

İş Tatmininin Değerlendirilmesi

Katılımcılarda iş tatmininin değerlendirilmesi Brayfield ve Rothe tarafından 1951 yılında geliştirilen “İş Tatmini Ölçeği” (İTÖ) (*An Index of Job Satisfaction*) ile yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu 18 madde içermektedir. 1998 yılında, ölçeğin 5 maddelik kısa formu geliştirilmiştir ve bu form zaman içinde daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeğin 2019 yılında, Keser A. ve Bilir B.Ö tarafından

Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5 sorudan oluşmaktadır ve puanlaması 5 maddelik Likert sistemiyle (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) şeklinde yapılmaktadır. 2 soru ters madde şeklinde oluşturulmuştur (100).

Vücut Farkındalığının Değerlendirilmesi

Shields ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilen Vücut Farkındalığı Ölçeği (*Body Awareness Questionnaire*) tarafından değerlendirilmiştir. Vücut kompozisyonunun duyarlılık düzeyini belirlemeyi amaçlayan 4 alt gruptan (Vücut sürecindeki değişiklikler, uyku-uyanıklık döngüsü, hastalığın başlangıcında tahmin, vücut tepkileri tahmini) ve toplam 7'li Likert sisteminde değerlendirilen 18 ifadeden oluşan bir ölçektir. Katılımcılardan her ifade için bir ile yedi arası rakamlarla puanlama yapması istenir. Puanlar 18 ile 126 arasında hesaplanır. Yüksek puan vücut farkındalığının daha iyi olduğunu göstermektedir (101).

Ölçek 4 alt parametreden oluşmaktadır. Bunlar; “Vücut Sürecindeki Değişiklikler”, “Uyku-Uyanıklık Döngüsü”, “Hastalığın Başlangıcında Tahmin”, “Vücut Tepkileri Tahmini” şeklindedir.

Alt değerlendirmelerin maddeleri şu şekilde sıralanır:

- Vücut Sürecindeki Değişiklikler: 1,4,10,13,14,16. maddeler,
- Uyku-Uyanıklık Döngüsü: 7,8,9,15,17,18. maddeler,
- Hastalığın Başlangıcında Tahmin: 5,6,7,10. maddeler,
- Vücut Tepkileri Tahmini: 2,3,8,11,12,15,16. maddeler.



Şekil 3.1. Değerlendirme formunun ve anketlerin uygulanması

3.3 İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler, IBM SPSS 23.0 (*IBM Statistical Package for the Social Sciences 22.0*) paket programı ile değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro-Wilk uyum iyiliği testi ile incelendi. Varyansların homojenlik varsayımı Levene test istatistiği ile incelendi. Normallik varsayımını sağlayan sayısal değişkenler için ortalama±sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler verildi.

Çalışmadaki iki kategorili değişkenler ile kullanılan ölçek puanları toplam skor puanları arasında ilişki olup olmadığı normallik varsayımı sağlandığında t testi, normallik varsayımı sağlanmadığında Mann-Whitney U testi ile incelendi. Üç kategorili değişkenler ile kullanılan ölçek puanları toplam skor puanları arasında ilişki olup olmadığı normallik varsayımı sağlandığında Tek Yönlü Varyans Analizi, normallik varsayımı sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi ile incelendi. Korelasyon katsayıları 0,05- 0,10 arasında olan değerler “önemsiz” korelasyonu; 0,10-0,30 arasında olan değerler “düşük” derecede korelasyonu; 0,30-0,50 arasındaki değerler “orta” derecede korelasyonu; 0,50-0,70 arasındaki değerler iyi derecede korelasyonu; 0,70- 1,0 “mükemmel” korelasyonu olduğu şeklinde yorumlandı (102).

Ağrı ile başa çıkma becerisinin toplam ve alt başlık puanlarını (bağımlı değişken) etkileyen bağımsız değişkenler için (ağrı inançları, ağrı inançları organik inançlar alt boyutu, ağrı inançları psikolojik inançlar alt boyutu, iş tatmini, kinezyofobi, vücut farkındalığı, vücut farkındalığı vücut sürecindeki değişiklikler alt boyutu, vücut farkındalığı uyku-uyanıklık döngüsü alt boyutu, vücut farkındalığı hastalığın başlangıcında tahmin alt boyutu ve vücut farkındalığı vücut tepkileri tahmini alt boyutu) p değeri 0,25'in altında olanlarla Adım Adım Doğrusal Regresyon Analizi Modeli kurulmuştur (103).

Modele aday parametrelerden doğrusal regresyon varsayımlarını sağlamayanlar çıkarıldı. Final analizine kalanlar, vücut farkındalığı anketi hastalığın başlangıcında tahmin alt skoru, ağrı inançları leği organik inançlar alt skoru, katılımcının cinsiyeti ve katılımcının yaşı, tekrar Doğrusal Regresyon Analizine sokularak nihai modelde ağrı ile başa çıkma düzeyini en iyi tahmin eden faktörler olarak belirlendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Bulgular

Çalışma, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı inançları, kinezyofobi, iş tatmini ve vücut farkındalığının, ağrıyla başa çıkma stratejilerine etkisini incelemek amacıyla yapıldı. Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Kavaklıdere şubelerinde çalışan, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan, 30-65 yaşları arasındaki, 72 kadın, 44 erkek olmak üzere 116 gönüllü sağlık çalışanı (doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hemşire ve sağlık destek personeli) çalışmaya katıldı. Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1 Bireylerin fiziksel özellikleri

Fiziksel Özellikler	X	±	SS	Min.	Mak.
Yaş (yıl)	42,09	±	10,54	30	65
Boy Uzunluğu (cm)	169,55	±	8,80	150	187
Vücut Ağırlığı (kg)	73,07	±	15,02	39	114
Vücut Kütle İndeksi (kg/m²)	25,25	±	3,90	18,00	38,70

X= Ortalama değer, n=Birey sayısı, SS=Standart sapma, Min.= Minimum değer, Mak.= Maksimum değer

Çalışmaya katılan bireylerin (n=116) sosyodemografik özellikleri ve ağrı ile ilgili özellikleri, frekans ve yüzdelik değerleri ile Tablo 2’de verilmiştir. Katılımcıların %62,06’sı kadın, %37,94’ü erkek; %62,06’sı evli, %37,94’ü bekdir. Katılımcılar %29,32 ile lise ve altı, %70,68 ile lisans ve üstü mezundur. Çalışmaya katılan bireylerin meslekleri 2 grupta sınıflandırılmıştır. Yatağa bağımlı hastaları kaldırmak veya nakletmenin kas iskelet sistemi ağrılarıyla güçlü bir şekilde ilişkisi olduğu gösterilmiştir (104). Dolayısıyla bu sınıflama, çalışmanın yapıldığı hastanede primer hasta bakımında (nakil, transfer, bakım) yer alıp almamalarına göre yapılmıştır. Katılımcıların %58,62’sini oluşturan hemşire (n=43) ve sağlık destek personeli (n=25) primer hasta bakımında rol aldığı için bir grup, %41,38 oranıyla doktor (n=33), fizyoterapist (n=11) ve diyetisyen (n=4) diğer grupta yer almaktadır. Katılımcıların %64,65’i sigara kullanmadığını, %35,35’i sigara kullandığını, %68,96’sı alkol kullanmadığını, %31,04’ü kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.2 Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n=116	%
Cinsiyet		
Kadın	72	62,06
Erkek	44	37,94
Medeni Durum		
Evli	72	62,06
Bekar	44	37,94
Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	34	29,32
Lisans ve Üstü	82	70,68
Meslek Grupları		
Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	41,38
Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	58,62
Sigara Kullanımı		
Var	41	35,35
Yok	75	64,65
Alkol Kullanımı		
Var	36	31,04
Yok	80	68,96
Ağrı ile İlgili Özellikler	n=116	%
Kronik Ağrı Süresi		
3-6 Ay	26	22,42
6 Aydan Fazla	90	77,58
Ağrının Şiddeti		
Hafif, Orta	78	67,25
Şiddetli, Çok Şiddetli, Dayanılmaz	38	32,75
Çevresinde Ağrı Deneyimi Olan Birisi Varlığı		
Var	91	78,45
Yok	25	21,55
Ağrısının Kontrolünün Kime Ait Olduğunu Düşünmesi		
Bende	85	73,28
Doktorda, Tanrıda, Diğer	31	26,72
Düzenli Ağrı Kesici Kullanımı		
Var	76	34,48
Yok	40	65,52

n=Birey sayısı, %=Yüzdellik oran

Katılımcıların kronik ağrıları %22,42 oranıyla 3-6 aydır, %77,58 oranıyla 6 aydan fazla süredir devam etmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin ağrı şiddeti

%67,25 oranıyla hafif ve orta, %32,75 oranıyla şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların %78,45'i çevresinde ağrı deneyimi olan birisi olduğunu, %21,55'i çevresinde daha önce ağrı deneyimi olan biri olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar %73,28 oranıyla ağrılarının kontrolünün kendilerine ait olduğunu, %26,72 oranıyla ağrılarının doktor, tanı ve diğer kontrolünde olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %34,48'i düzenli ağrı kesici kullandığını, %65,52'si düzenli ağrı kesici kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Kendi Kendine Başa Çıkma", "Çaresizlik", "Tıbbi Çare Arama", "Bilinçli Bilişsel Girişimler" alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir.

4.2. Cinsiyet ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ağrı ile başa çıkma ölçeği çaresizlik alt skorunda katılımcılardan kadınlar ile erkek katılımcıların arasında, çaresizlik alt boyutu skor ortalamaları bakımından kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($z=-2,837$, $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Ağrı ile başa çıkma ölçeği bilinçli bilişsel girişimler alt skorunda katılımcılardan kadınlar ile erkek katılımcıların arasında, bilinçli bilişsel girişimler alt boyutu skor ortalamaları bakımından, kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($z=-2,524$, $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.3 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin "Çaresizlik" ve "Bilinçli Bilişsel Girişimler" alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	z	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Çaresizlik" Alt Skoru	Kadın	72	2,837	0,005*
	Erkek	44		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Bilinçli Bilişsel Girişimler" Alt Skoru	Kadın	72	2,524	0,012*
	Erkek	44		

Mann Whitney U Testi, n = Birey Sayısı, * $p<0,05$

Analiz sonucunda, ağrı ile başa çıkma ölçeği tıbbi çare arama skoru ortalamaları açısından kadın ve erkek katılımcılar karşılaştırıldığında, kadın katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2).

Yine analiz sonucunda, ağrı ile başa çıkma ölçeği total skoru ortalamaları açısından kadın katılımcılar ile erkek katılımcılar karşılaştırıldığında, kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.4 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total puanının ve Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutlarının Cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	X ± SS	t	p
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Kadın	72	11,40±3,355	3,105	*0,002
	Erkek	44	9,16±4,383		
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Kadın	72	42,42±10,453	3,416	*0,001
	Erkek	44	35,14±12,184		
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Kadın	72	18,92±7,124	1,937	0,055
	Erkek	44	16,30±6,984		

t testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, * $p<0,05$

Ancak, ağrı ile başa çıkma ölçeği kendi kendine başa çıkma alt skoru ortalamaları açısından kadın katılımcılar ile erkek katılımcılar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).

4.3. Yaş ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Tıbbi Çare Arama” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Katılımcıların yaşı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skoru arasında zayıf, anlamlı bir ilişki vardı ($r=0,285$; $p<0,01$) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.5 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutları (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ile yaş Değişkeninin korelasyon testleri

		Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru
Yaş	r	0,134	0,285**	-0,088	0,161
	p	0,152	0,002	0,350	0,084

Spearman Korelasyon Analizi, r= Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, **p<0,01, *p<0,05

4.4. Boy, Kilo ve VKİ (Vücut Kütle İndeksi) ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların boyu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt skorları arasında, zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla, $r=-0,253$, $p<0,01$; $r=-0,199$, $p<0,05$; $r=-0,209$, $p<0,05$). Katılımcıların boyu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” ve “Tıbbi Çare Arama” alt skorları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla, $r=-0,153$, $p>0,05$; $r=-0,174$, $p>0,05$) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.6 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutları (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ile boy, kilo ve vücut kütle indeksi (VKİ) değişkenlerinin korelasyon testleri

		Boy	Kilo	VKİ
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	r	-0,253**	-0,142	-0,042
	p	0,006	0,128	0,658
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	r	-0,153	-0,079	-0,017
	p	0,101	0,399	0,858
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	r	-0,199*	-0,183*	-0,115
	p	0,032	0,049	0,220
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	r	-0,209*	-0,085	0,005
	p	0,024	0,363	0,957
Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	r	-0,174	-0,146	-0,083
	p	0,061	0,118	0,374

Spearman Korelasyon Analizi, r= Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, *p<0,05, **p<0,01

Katılımcıların kilosu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt skoru arasında, zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($r=-0,183$, $p<0,05$). Katılımcıların kilosu ile Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Tıbbi Çare Arama” alt skorları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla, $r=-0,142$, $p>0,05$; $r=-0,079$, $p>0,05$; $r=-0,085$, $p>0,05$; $p=-0,146$, $p>0,05$) (Tablo 4.4.1).

Katılımcıların BMI ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4.1).

4.5. Medeni Hal ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması

Kişilerin evli ya da bekar olmalarına göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.7 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Medeni Hali değişkenine göre karşılaştırılması

	Medeni Hali	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Evli	72	10.93±4.628	0,157	0,875
	Bekar	44	11.07±4.474		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Evli	72	12.53±4.475	0,964	0,337
	Bekar	44	11.66±5.067		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Evli	72	10.68±4.301	0,452	0,652
	Bekar	44	10.34±3.220		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Evli	72	40.32±10.882	0,785	0,434
	Bekar	44	38.57±12.847		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Evli	72	18.49±6.820	1,086	0,280
	Bekar	44	17.00±7.664		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, $p<0,05$

4.6. Eğitim Durumu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişilerin lise ve altı veya lisans ve üstü eğitim durumlarına göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.8 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Eğitim Durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	X± SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Lise ve altı	34	11,29±3,486	0,544	0,588
	Lisans ve lisansüstü	82	10,85±4,939		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Lise ve altı	34	11,97±3,973	0,367	0,714
	Lisans ve lisansüstü	82	12,29±4,998		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Lise ve altı	34	9,88±3,608	1,188	0,237
	Lisans ve lisansüstü	82	10,83±4,024		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Lise ve altı	34	40,59±8,697	0,645	0,521
	Lisans ve lisansüstü	82	39,27±12,693		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Lise ve altı	34	18,06±5,949	0,146	0,884
	Lisans ve lisansüstü	82	17,87±7,633		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

4.7. Meslek Grupları ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişilerin “doktor-fizyoterapist-diyetisyen” ya da “hemşire-sağlık destek personeli” olmalarına göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.9 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Meslek değişkenine göre karşılaştırılması

	Meslek	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	10.29±4.785	1,379	0,170
	Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	11.47±4.349		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	12.02±5.101	0,340	0,735
	Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	12.32±4.440		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	10.58±4.057	0,073	0,942
	Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	10.53±3.842		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	38,31±12,713	1,044	0,299
	Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	40,60±10,820		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Doktor, Fizyoterapist, Diyetisyen	48	17,35±7,883	0,696	0,488
	Hemşire, Sağlık Destek Personeli	68	18,32±6,625		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

4.8. Sigara Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişilerin sigara kullanımı durumuna göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.8.1).

Tablo 4.10 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Sigara Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması

	Sigara kullanımı	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Var	41	11,00±4,827	0,030	0,976
	Yok	75	10,97±4,426		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Var	41	11,34±4,193	1,457	0,148
	Yok	75	12,67±4,927		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Var	41	10,39±3,598	0,327	0,744
	Yok	75	10,64±4,099		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Var	41	38,32±11,163	0,915	0,362
	Yok	75	40,39±11,906		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Var	41	16,41±7,046	1,691	0,093
	Yok	75	18,75±7,126		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

4.9. Alkol Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişilerin alkol kullanıp kullanmadığı durumuna göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9.1).

Tablo 4.11 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Alkol Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması

	Alkol kullanımı	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Var	36	10,64±5,383	0,544	0,587
	Yok	80	11,14±4,151		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Var	36	11,81±4,762	0,601	0,549
	Yok	80	12,38±4,700		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Var	36	10,75±3,782	0,365	0,716
	Yok	80	10,46±3,993		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Var	36	38,28±12,745	0,854	0,395
	Yok	80	40,28±11,140		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Var	36	16,53±7,636	1,414	0,160
	Yok	80	18,55±6,886		

t testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

4.10. Evde Birlikte Yaşanılan Kişi ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Aşağıdaki ANOVA tablosuna göre Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” ve “Tıbbi Çare Arama” alt skoru ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoruna ait genel puanlar incelendiğinde evde birlikte yaşanılan kişi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.10.1).

Tablo 4.12 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik”, “Tıbbi Çare Arama” alt boyutu ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin total skorunun Evde Birlikte Yaşanılan Kişi değişkenine göre karşılaştırılması

	F	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	1,585	0,197
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	0,656	0,581
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam	0,354	0,787

ANOVA Testi, F=Varyans Oranı, $p < 0,05$

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorlarına ait puanlar incelendiğinde evde birlikte yaşanılan kişi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.10.2).

Tablo 4.13 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorlarının Evde Birlikte Yaşanılan Kişi değişkenine göre karşılaştırılması

	n	U	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	116	0,818	0,845
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	116	0,341	0,952

Kruskal-Wallis Testi, n=Birey Sayısı, U=Test İstatistiği, $p < 0,05$

Katılımcıların ağrı ile ilgili özellikleriyle Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve tüm alt boyutlarının (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Tıbbi Çare Arama”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”) (bağımlı değişken) tek tek karşılaştırılmasına ait bulgular aşağıda verilmiştir.

4.11. Düzenli Ağrı Kesici Kullanımı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişilerin düzenli ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları arasında ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11.1).

Tablo 4.14 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Düzenli Ağrı Kesici Kullanımı değişkenine göre karşılaştırılması

	Düzenli ağrı kesici kullanımı	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Yok	76	10,79±4,646	0,629	0,531
	Var	40	11,35±4,400		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Yok	76	11,86±4,925	1,083	0,281
	Var	40	12,85±4,240		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Yok	76	10,55±4,061	0,003	0,997
	Var	40	10,55±3,672		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam	Yok	76	38,96±12,313	0,885	0,378
	Var	40	40,98±10,267		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Yok	76	17,33±7,590	1,234	0,220
	Var	40	19,05±6,181		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, $p<0,05$

4.12. Vücudun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı Değişkeni ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Aşağıdaki ANOVA tablosuna göre Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutlarına ait genel puanlar incelendiğinde, vücudunun hangi bölgesinde ağrı yaşadığı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12.1).

Tablo 4.15 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeğinin total skoru ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”, “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutlarının Vücudunun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı Değişkenine göre karşılaştırılması

	F	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	0,793	0,577
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	0,810	0,565
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	42,469	0,822
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam	47,886	0,341

ANOVA Testi, F=Varyans Oranı, $p < 0,05$

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt skoruna ait puanlar, kişilerin hangi vücut bölgesinde ağrı yaşadığı değişkenine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.12.2).

Tablo 4.16. Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutunun Vücudunun Hangi Bölgesinde Ağrı Yaşadığı değişkenine göre karşılaştırılması

	n	U	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	116	5,533	0,477

Kruskal-Wallis Testi, U=Test İstatistiği, $p < 0,05$

4.13. Kronik Ağrının Süresi ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların kronik ağrılarının süresi ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” alt skorları ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.13.1).

Tablo 4.17 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skorunun ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) Kronik Ağrının Süresine göre karşılaştırılması

	Kronik ağrının süresi	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	3-6 ay	26	10,81±3,544	0,222	0,825
	>6 ay	90	11,03±4,819		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	3-6 ay	26	13,19±4,648	1,226	0,223
	>6 ay	90	11,91±4,709		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	3-6 ay	26	11,35±3,310	1,177	0,242
	>6 ay	90	10,32±4,061		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam	3-6 ay	26	42,46±10,670	1,401	0,164
	>6 ay	90	38,84±11,841		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, $p < 0,05$

4.14. Ağrının Şiddeti ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Analiz sonucunda, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt skoruna sahip “hafif, orta” ağrısı olan katılımcılar ve “şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” ağrısı olan katılımcılar, test skoru ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında, ağrısı “şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” olan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.14.1).

Tablo 4.18 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Tüm Alt Boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) Ağrının Şiddeti değişkenine göre karşılaştırılması

	Ağrının Şiddeti	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Hafif, orta	78	10.29±4.732	2,379	0,019*
	Şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz	38	12.39±3.838		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Hafif, orta	78	11.65±4.935	1,933	0,056
	Şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz	38	13.32±4.028		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Hafif, orta	78	9.74±3.866	3,321	0,001*
	Şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz	38	12.21±3.512		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam	Hafif, orta	78	38,44±12,502	1,799	0,075
	Şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz	38	42,16±9,298		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Hafif, orta	78	18,15±7,403	0,497	0,620
	Şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz	38	17,45±6,689		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” alt skoruna sahip “hafif, orta” ağrısı olan katılımcılar ve “şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” ağrısı olan katılımcılar, test skoru ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında, ağrısı “şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” olan katılımcılar lehine, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0,05) (Tablo 4.14.1). Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt skorları, yaşanan ağrının şiddetine göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.14.1).

4.15. Çevresinde Ağrı Deneyimi Olan Birisi Olma Durumunun Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

Kişilerin çevresinde, daha önce ağrı deneyimi yaşayan birisi olup olmadığı durumuna göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve tüm alt skorları

(“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ortalama puanları bakımından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.15.1).

Tablo 4.19 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skorunun ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) çevresinde ağrı deneyimi olan birisi olup olmadığı değişkenine göre karşılaştırılması

	Çevresinde ağrı deneyimi olan	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Evet	91	10,89±4,734	0,417	0,678
	Hayır	25	11,32±3,881		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Evet	91	12,09±4,635	0,480	0,632
	Hayır	25	12,60±5,033		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Evet	91	10,67±3,936	0,621	0,536
	Hayır	25	10,12±3,887		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Evet	91	39,57±11,476	0,147	0,883
	Hayır	25	39,96±12,472		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Evet	91	17,89±6,822	0,092	0,927
	Hayır	25	18,04±8,414		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, $p<0,05$

4.16. Ağrısının Kontrolünün Kime Ait Olduğunu Düşünmesinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların ağrılarının kontrolünün kime ait olduğunu düşünmeleri durumuna göre, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total Skoru tüm alt skorları (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ortalama puanları bakımından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.16.1).

Tablo 4.20 Katılımcıların Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skorunun ve tüm alt boyutlarının (“Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma”) ağrısının kontrolünün kime ait olduğunu düşünmesi değişkenine göre karşılaştırılması

	Ağrısının kontrolünün kime ait olduğunu düşünmesi	n	X±SS	t	p
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Bende	85	10,66±4.439	1,273	0,206
	Doktor, Tanrı, diğer	31	11,87±4.808		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Bende	85	12,26±4.586	0,229	0,820
	Doktor, Tanrı, diğer	31	12,03±5.096		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru	Bende	85	10,59±3.553	0,144	0,886
	Doktor, Tanrı, diğer	31	10,45±4.836		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Bende	85	39,62±11,462	0,048	0,962
	Doktor, Tanrı, diğer	31	39,74±12,318		
Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Bende	85	18,49±6,893	1,431	0,155
	Doktor, Tanrı, diğer	31	16,35±7,731		

t Testi, n = Birey Sayısı, X = Ortalama Değer, SS = Standart Sapma, p<0,05

4.17. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Karşılaştırılması

Katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” ve “Tıbbi Çare Arama” alt boyutları arasında, düşük, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu, sırasıyla ($r=0,185$, $p<0,05$; $r=0,208$, $p<0,05$; $r=0,200$, $p<0,05$). Yine katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” ve “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt skoru arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.1).

Tablo 4.21 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Ağrı İnançları Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Organik İnançlar”, “Psikolojik İnançlar”) arasındaki ilişki

		Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru
Ağrı İnançları Ölçeği Toplam	r	0,185*	-0,006	0,208*	0,134	0,200*
	p	0,047	0,945	0,025	0,150	0,031
Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” Alt Skoru	r	0,172	-0,054	0,261**	0,089	0,222*
	p	0,064	0,565	0,005	0,343	0,017
Ağrı İnançları Ölçeği “Psikolojik İnançlar” alt Skoru	r	0,168	0,105	0,047	0,198*	0,090
	p	0,071	0,263	0,620	0,033	0,336

Spearman Korelasyon Analizi, r =Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” ve “Tıbbi Çare Arama” alt boyutları arasında, düşük, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu, sırasıyla ($r= 0,261$, $p<0,01$; $r=0,222$, $p=0,017$). Yine katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.1). Katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği “Psikolojik İnançlar” alt boyutu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt boyutu arasında, düşük, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,198$, $p=0,033$).

Yine katılımcıların Ağrı İnançları Ölçeği “Psikolojik İnançlar” alt boyutu ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik”, “Tıbbi Çare Arama” ve “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.1).

Katılımcıların İş Tatmini Ölçeği ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutu arasında zayıf, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,239$, $p<0,05$) fakat İş Tatmini Ölçeği ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total skoru, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik”, “Tıbbi Çare Arama”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.2).

Tablo 4.22. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile İş Tatmini Ölçeği arasındaki ilişki

		Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru
İş Tatmini Ölçeği Skoru	r	0,056	0,239*	-0,029	0,171	-0,073
	p	0,551	0,010	0,756	0,066	0,436

Spearman Korelasyon Analizi, r =Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, $**p<0,01$, $*p<0,05$

Katılımcıların Tampa Kinezyofobi Skalası puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği total puanı ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutu puanı arasında düşük, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,199$, $p<0,05$; $r=0,246$, $p<0,01$). Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler” ve “Tıbbi Çare Arama” alt boyutu skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.3).

Tablo 4.23 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Total ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Tampa Kinezyofobi Skalası arasındaki ilişki

		Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru
Tampa Kinezyofobi Skalası Skoru	r	0,199*	0,100	0,246**	0,127	0,139
	p	0,032	0,285	0,008	0,173	0,137

Spearman Korelasyon Analizi, r =Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Vücut Farkındalığı Anketi toplam puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.4).

Vücut Farkındalığı Anketi “Uyku Uyanıklık Döngüsü” alt boyutu puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.4).

Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” alt boyutu puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.4).

Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Sürecindeki Değişiklikler ve Tepkilere Dikkat Etme” alt boyutu puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17.4).

Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” alt boyutu puanı ile Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutu puanı arasında düşük, ters yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=-0,237$; $r=-0,223$, $p<0,05$) (Tablo 4.17.4).

Tablo 4.24 Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam ve tüm alt boyutları (“Kendi Kendine Başa Çıkma”, “Çaresizlik”, “Bilinçli Bilişsel Girişimler”, “Tıbbi Çare Arama”) ile Vücut Farkındalığı toplam ve tüm alt boyutları (arasındaki ilişki “Uyku Uyanıklık Döngüsü”, “Vücut Tepkileri”, “Vücut Sürecindeki Değişiklikler ve Tepkilere Dikkat Etme”, “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” arasındaki ilişki

		Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Toplam Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” Alt Skoru	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” Alt Skoru
Vücut Farkındalığı Anketi Toplam Skoru	r	-0,064	-0,006	-0,102	-0,027	-0,126
	p	0,495	0,946	0,278	0,772	0,177
Vücut Farkındalığı Anketi “Uyku Uyanıklık Döngüsü” Alt Skoru	r	-0,068	-0,009	-0,104	-0,057	-0,123
	p	0,465	0,928	0,266	0,546	0,189
Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” Alt Skoru	r	-0,031	0,052	-0,072	-0,014	-0,179
	p	0,741	0,579	0,445	0,883	0,055
Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Sürecindeki Değişiklikler ve Tepkilere Dikkat Etme” Alt Skoru	r	-0,043	0,013	-0,072	-0,059	-0,091
	p	0,644	0,891	0,444	0,527	0,329
Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” Alt Skoru	r	-0,237*	-0,130	-0,223*	-0,143	-0,153
	p	0,011	0,165	0,016	0,126	0,100

Spearman Korelasyon Analizi, r=Spearman’s Sıra Korelasyon Katsayısı, **p<0,01, *p<0,05

4.18. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği İçin Regresyon Modeli

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam puanı (bağımlı değişken) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler, adım adım çoklu doğrusal regresyon

analizi modeline yerleştirildi. Değişkenler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4.18.1).

Tablo 4.25 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler

ANOVA ^a						
Model		KT	SD	KO	F	p
4	Regresyon	3974,121	4	993,530	9,496	0,000^b
	Rezidüel	11614,086	111	104,631		
	Toplam	15588,207	115			

*Bağımlı Değişken= a. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği toplam puan, KT=Kareler Toplamı, SD=Serbestlik Değişimi, KO= Kareler Ortalaması, F=Varyans Oranı

Regresyon analizi Model 4'ün sonucunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde modele giren değişkenler Tablo 4.18.2'de verilmiştir.

Tablo 4.26 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	VIF	R ²
	B	Std. Hata	Beta				
Cinsiyet	-10,541	2,106	-0,441	-5,006	0,001	1,157	0,255
Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” Alt Skoru	-1,071	0,281	-0,318	-3,810	0,001	1,039	
Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” Alt Skoru	4,046	1,323	0,257	3,059	0,003	1,050	
Yaş	0,207	0,095	0,187	2,164	0,033	1,113	

*Belirteçler= b. Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” Alt Skoru, Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” Alt Skoru, Yaş VIF= Varyans Şişme Değeri, p<0,001

Tablo 4.18.2'de yer alan, Model 4'teki 4 bağımsız değişkenin (cinsiyet; Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” Alt Skoru; Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar Alt Skoru”; Yaş) bağımlı değişkeni açıklama gücü **R² = 0,255** bulundu. F testi sonucunda (F=9,496) model bir bütün olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bulundu (Tablo 4.18.1). Model 4'teki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” alt boyutu, Ağrı

İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu ve Yaş parametrelerinin Ağrı ile Başa Çıkma düzeyini tahmin etmede $R^2 = 0,255$ açıklama gücü ile belirleyici olduğunu ortaya koydu ($p < 0,001$) (Tablo 4.18.2). Bağımlı değişkendeki değişimin yaklaşık %26’sı bu bağımsız değişkenlerle açıklanabilmektedir. Regresyon analizinde varyans şişme değerlerine göre (VIF) çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Tablo 4.18.2).

4.19. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Kendi Kendine Başa Çıkma Alt Skoru regresyon modeli

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutunu (bağımlı değişken) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler, adım adım çoklu doğrusal regresyon analizi modeline yerleştirildi. Değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.19.1).

Tablo 4.27 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler

ANOVA ^a						
Model		KT	SD	KO	F	p
2	Regresyon	630,789	2	315,395	6,779	0,002 ^b
	Rezidüel	5257,513	113	46,527		
	Toplam	5888,302	115			

*Bağımlı Değişken= a. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutu, KT=Kareler Toplamı, SD=Serbestlik Değişimi, KO= Kareler Ortalaması, F=Varyans Oranı

Regresyon analizi Model 2’nin sonucunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde modele giren değişkenler Tablo 4.19.2’de verilmiştir.

Tablo 4.28. Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	VIF	R ²
	B	Std. Hata	Beta				
İş Tatmini Ölçeği Skoru	1,031	0,319	0,289	3,234	0,002	1,014	0,107
Sigara kullanımı	2,836	1,334	0,190	2,126	0,036	1,014	

*Belirteçler= b. İş Tatmini Ölçeği Skoru, Katılımcının sigara kullanımı, VIF= Varyans Şişme Değeri

Tablo 4.19.2’te yer alan, Model 2’deki 2 bağımsız değişkenin (İş Tatmini Ölçeği Skoru; sigara kullanımı) bağımlı değişkeni açıklama gücü $R^2 = 0,107$ bulundu. F testi sonucunda ($F=6,779$) model bir bütün olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bulundu (Tablo 4.19.1). Model 2’deki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, İş Tatmini Ölçeği Skoru ve sigara kullanımı parametrelerinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Kendi Kendine Başa Çıkma” alt boyutu düzeyini tahmin etmede $R^2 = 0,107$ açıklama gücü ile belirleyici olduğunu ortaya koydu ($p<0,001$). Bağımlı değişkendeki değişimin yaklaşık %11’i bu bağımsız değişkenlerle açıklanabilmektedir Regresyon analizinde varyans şişme değerlerine göre (VIF) çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Tablo 4.19.2).

4.20. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Bilinçli Bilişsel Girişimler Alt Skoru için Regresyon Modeli

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Bilinçli Bilişsel Girişimler” alt boyutunu (bağımlı değişken) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler, adım adım çoklu doğrusal regresyon analizi modeline yerleştirildi. Değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.20.1).

Tablo 4.29 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler

ANOVA ^a						
Model		KT	SD	KO	F	p
1	Regresyon	172,938	1	172,938	8,306	0,005 ^b
	Rezidüel	2373,501	114	20,820		
	Toplam	2546,440	115			

*Bağımlı Değişken= a. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyutu, KT=Kareler Toplamı, SD=Serbestlik Değişimi, KO= Kareler Ortalaması, F=Varyans Oranı

Regresyon analizi Model 1'in sonucunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde modele giren değişkenler Tablo 4.20.2'de verilmiştir.

Tablo 4.30 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T	p	VIF	R ²
	B	Std. Hata	Beta				
Cinsiyet	-2,516	0,873	-0,261	-2,882	0,005	1,000	0,068

*Belirteçler= b. Katılımcının Cinsiyeti, VIF= Varyans Şişme Değeri, p<0,001

Tablo 4.20.2'de yer alan, Model 1'deki bağımsız değişkenin (Cinsiyet) bağımlı değişkeni açıklama gücü $R^2 = 0,068$ bulundu. F testi sonucunda (F=8,306) model bir bütün olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bulundu (Tablo 4.20.1). Model 1'deki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, cinsiyet parametresinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Bilinçli Bilişsel Girişimler" alt boyutu düzeyini tahmin etmede $R^2 = 0,068$ açıklama gücü ile belirleyici olduğunu ortaya koydu (p<0,001). Regresyon analizinde varyans şişme değerlerine göre (VIF) çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Tablo 4.20.2).

4.21. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Çaresizlik Alt Skoru İçin Regresyon Modeli

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutunu (bağımlı değişken) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler, adım adım çoklu doğrusal regresyon analizi modeline yerleştirildi. Değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.21.1).

Tablo 4.31 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler

ANOVA ^a						
Model		KT	SD	KO	F	p
4	Regresyon	652,016	4	163,004	10,459	0,000^b
	Rezidüel	1729,950	111	15,585		
	Toplam	2381,966	115			

*Bağımlı Değişken= a. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Çaresizlik” alt boyutu, KT=Kareler Toplamı, SD=Serbestlik Değişimi, KO= Kareler Ortalaması, F=Varyans Oranı

Regresyon analizi Model 4’ün sonucunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde modele giren değişkenler Tablo 4.21.2’de verilmiştir.

Tablo 4.32 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	VIF	R ²
	B	Std. Hata	Beta				
Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” Alt Skoru	1,727	0,538	0,280	3,213	0,002	1,164	0,274
Cinsiyet	-3,130	0,775	-0,335	-4,042	0,001	1,051	
Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” Alt Skoru	-0,400	0,108	-0,303	-3,713	0,001	1,021	
Tampa Kinezyofobi Skalası Skoru	0,155	0,073	0,182	2,111	0,037	1,131	

* Belirteçler= b. Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu, cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” alt boyutu, Tampa Kinezyofobi Skalası, VIF= Varyans Şişme Değeri,p<0,001

Tablo 4.21.2’de yer alan, Model 4’teki 4 bağımsız değişkenin (Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu; Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Hastalığın Başlangıcında Tahmin” alt boyutu; Tampa Kinezyofobi Skalası) bağımlı değişkeni

açıklama gücü $R^2 = 0,274$ bulundu. F testi sonucunda ($F=10,459$) model bir bütün olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bulundu (Tablo 4.21.1).

Model 4'teki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında Ağrı İnançları Ölçeği "Organik İnançlar" alt boyutu, Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi "Hastalığın Başlangıcında Tahmin" alt boyutu ve Tampa Kinezyofobi Skalası parametrelerinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Çaresizlik" alt boyut düzeyini tahmin etmede $R^2 = 0,274$ açıklama gücü ile belirleyici olduğunu ortaya koydu ($p<0,001$) (Tablo 4.21.2). Bağımlı değişkendeki değişimin yaklaşık %28'i bu bağımsız değişkenlerle açıklanabilmektedir. Regresyon analizinde varyans şişme değerlerine göre (VIF) çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Tablo 4.21.2).

4.22. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Tıbbi Çare Arama Alt Boyutu İçin Regresyon Modeli

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği "Tıbbi Çare Arama" alt boyutunu (bağımlı değişken) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler, adım adım çoklu doğrusal regresyon analizi modeline yerleştirildi. Değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.22.1).

Tablo 4.33 Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde modele giren değişkenler

ANOVA ^a						
Model		KT	SD	KO	F	p
5	Regresyon	533,077	5	106,615	9,538	0,000 ^b
	Rezidüel	1229,612	110	11,178		
	Toplam	1762,690	115			

*Bağımlı Değişken= a.Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği Tıbbi Çare Arama Alt Skoru, KT=Kareler Toplamı, SD=Serbestlik Değişimi, KO= Kareler Ortalaması, F=Varyans Oranı

Regresyon analizi Model 5'in sonucunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde modele giren değişkenler Tablo 4.22.2'de verilmiştir.

Tablo 4.34 Regresyon analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenlere ait değerler

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T	p	VIF	R ²
	B	Std. Hata	Beta				
Ağrının şiddeti	1,914	0,681	0,230	2,809	0,006	1,061	0,302
Cinsiyet	-3,178	0,684	-0,396	-4,647	0,001	1,143	
Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” Alt Skoru	-0.135	0.049	-0.227	-2.776	0.006	1.059	
Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” Alt Skoru	1.523	0.456	0.288	3.345	0.001	1.165	
Eğitim durumu	2.079	0.728	0.243	2.855	0.005	1.140	

*Belirteçler= b. Ağrının Şiddeti, Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” alt boyutu, Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu, Eğitim Durumu, VIF= Varyans Şişme Değeri, p<0,001

Tablo 4.22.2’de yer alan, Model 5’teki 4 bağımsız değişkenin (Ağrının Şiddeti, Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” alt boyutu, Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu, Eğitim Durumu) bağımlı değişkeni açıklama gücü $R^2 = 0,302$ bulundu. F testi sonucunda (F=9,538) model bir bütün olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bulundu (Tablo 4.22.1). Model 5’teki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucu, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, Ağrının Şiddeti, Cinsiyet, Vücut Farkındalığı Anketi “Vücut Tepkileri” alt boyutu, Ağrı İnançları Ölçeği “Organik İnançlar” alt boyutu, Eğitim Durumu parametrelerinin Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği “Tıbbi Çare Arama” alt boyutu düzeyini tahmin etmede $R^2 = 0,302$ açıklama gücü ile belirleyici olduğunu ortaya koydu (p<0,001) (Tablo 4.22.2). Bağımlı değişkendeki değişimin yaklaşık %31’i bu bağımsız değişkenlerle açıklanabilmektedir. Regresyon analizinde varyans şişme değerlerine göre (VIF) çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Tablo 4.22.2).

5. TARTIŞMA

Toplumun sağlık sorunlarına çözüm sunmak amacıyla var olan sağlık çalışanlarının, kendi kronik kas iskelet sistemi ağrılarında, ağrı ile başa çıkma stratejilerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmaya, Ankara’da özel bir hastanede çalışan 116 sağlık çalışanı dahil edildi.

Hastaneye başvuru nedenleri arasında en önemli faktörlerden biri olan kas iskelet sistemi ağrılarının tedavisinde daha iyi sonuçlar alabilmek için, ağrı ile başa çıkmayı etkileyen faktörlerin bilinmesi çok önemlidir. Kronik ağrı ile başa çıkmada sosyal, fiziksel, psikolojik ve demografik özellikler, bireyin yaşama koşulları, ağrı ile baş etmede önceki deneyimleri ve bilgisi gibi çeşitli faktörler etkili olabilmektedir. Yaptığımız bu çalışmada, ağrıyla başa çıkabilme düzeyinin, ağrı inançları, ağrı inançları “organik inançlar” ve “psikolojik inançlar” alt boyutlarıyla, hareket etme korkusuyla, vücut farkındalığı “hastalığın başlangıcını tahmin edebilme” alt boyutu ile düşük düzeyde ve ağrıyla “kendi kendine başa çıkabilme” alt boyutu ile iş tatmini düzeyi arasında düşük düzeyde ilişki bulundu. Ek olarak, çalışmamızın sonuçlarına göre, cinsiyet, vücut farkındalığı “hastalığın başlangıcını tahmin edebilme“ alt boyutu, ağrı inançları “organik inançlar” alt boyutu, ve yaş parametrelerinin ağrıyla başa çıkabilmeyi bir bütün olarak tahmin etmede etkili göstergeler olduğunu; iş tatmini, sigara kullanımı, cinsiyet, ağrı inançları “organik inançlar” alt boyutu, vücut farkındalığı “hastalığın başlangıcını tahmin edebilme” alt boyutu, hareket etme korkusu, ağrının şiddeti, vücut farkındalığı “vücut tepkileri” alt boyutu ve eğitim durumu parametrelerinin, ağrı ile başa çıkmanın “kendi kendine başa çıkma”, “çaresizlik”, “bilinçli bilişsel girişimler”, “tıbbi çare arama” alt boyutlarını tahmin etmede etkili göstergeler olduğunu ortaya koymuştur.

Pandemi dönemi olan Covid-19 salgınında sağlık çalışanlarının stres algı düzeyinin kas iskelet sistemi ağrılarına etkisinin, Atan ve ark.’ları (105) tarafından incelendiği bir araştırmada, son 12 ayda boyun ağrısı ve sırt ağrısı yaşayanların oranının %65 ve %71 ile literatüre göre yüksek olduğu gösterilmiştir. Pandemi nedeniyle iş yükü artışının ağrı görülme oranlarını yükselttiği düşünülmüştür.

5.1. Fiziksel ve Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %62'si kadın, %38'i erkektir. Grubun ağrı ile başa çıkma ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında, “bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma”, “çaresizlik”, “tıbbi çare arama” ve total skorda kadın katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Sadece “Kendi kendine başa çıkabilme” alt boyutunda p değeri 0,055 bulundu. Örneklem genişliği arttırıldığında p değerinin 0,05'in altına düşeceğini düşünmekteyiz. Bu durumda ağrı ile başa çıkmada nerdeyse tüm boyutlarda cinsiyetler arasında, kadınların daha başarılı olduğunu görmekteyiz. Ayıntap ve ark. (106)'nın, hemşirelerin ağrı ile başa çıkma durumları ve ağrı inançlarının değerlendirildiği çalışmada ağrı ile başa çıkmada cinsiyetler arası anlamlı bir fark görülmezken, Karaman ve ark. (107)'nin yaşlı bireylerde ağrıyla baş etme durumları ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, cinsiyetler arasında kadınlar lehine ağrı ile başa çıkma düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yaşlı yetişkinlerin kronik ağrıyla baş etmesine yönelik yapılan başka bir çalışmadan alınan sonuçlar da bu çalışmayı destekler yönde, kadınların ağrı yönetim stratejilerini ve bilişsel başa çıkma yöntemlerini, erkeklerden daha fazla kullandığını göstermektedir (108).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının en düşüğü 30 yaş, en yükseği 65 yaş olacak şekilde, ortalama yaş 42'dir. Yaş aralığı, kassal kuvvetin 30 yaşından sonra her on yılda bir %10-15 azalmasının kronik ağrılı hastada fark yaratacağı düşünülerek bu şekilde belirlenmiştir (92). Katılımcıların 42 yaşından büyük ve küçük olması durumuna göre ağrı ile baş etme ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, alt boyutlar arasından sadece “kendi kendine başa çıkma” alt boyutu ile yaş arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Yani katılımcıların yaşı ilerledikçe ağrı ile kendi kendine başa çıkma durumlarında artış olduğu görüldü. Ağrı ile baş etme puanı ve diğer alt boyutlar “çaresizlik”, “bilinçli bilişsel girişimler”, “tıbbi çare arama” ile yaş arasında bir ilişki bulunmadı. Birge ve ark. (109)'ı tarafından yapılan ve hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemlerin değerlendirildiği çalışmada yaşın ağrı yönetiminde bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Ayıntap ve ark. (106)'nın, hemşirelerin ağrı ile başa çıkma durumları ve ağrı inançlarının değerlendirildiği çalışmada ağrı ile başa çıkmada yaşın etkisi olmadığı bildirilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş altı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, Akça ve ark. (110)'ı yaşın ağrı ile baş etmede etkili bir faktör olmadığını bulmuştur. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada çalışanın yaşı ile kronik kas iskelet sistemi hastalığı (KKİSH) görülme sıklığı arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. 40 yaş üzerinde KKİSH görülme sıklığının %53,3 oranında olduğu belirtilmiştir (111).

Katılımcıların fiziksel özellikleri arasından boy parametresinin ağrı ile başa çıkma ve iki alt boyutu “çaresizlik”, “bilinçli bilişsel girişimler” arasında düşük düzeyde ilişki olduğu bulundu. Diğer iki alt boyut “kendi kendine başa çıkma” ve “tıbbi çare arama” ve boy arasında bir ilişki bulunmadı. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıksa da boy faktörünün tek başına ağrı ile başa çıkmayı belirlemede etkili bir faktör olduğu düşünülmemektedir. Hastane çalışanları üzerinde Şirzai ve ark. (112)'ı tarafından yapılan bir araştırmada, yüksek vücut kütle indeksi (VKİ) puanının, kas iskelet sistemi ağrılarında sırt, dirsek ve el bileği ağrılarıyla ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada VKİ ile KKİSH arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya göre VKİ 25 kg/m²'nin üzerine çıktığında KKİSH görülme oranı yaklaşık %80 oranında artmaktadır (111). Bizim çalışmamızda, VKİ puanının, kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı ile başa çıkmada ve alt boyutlarıyla herhangi bir ilişkisi olmadığı bulundu. Katılımcıların kilosu ve ağrı ile başa çıkma “çaresizlik” alt boyutu arasında bir ilişki bulundu, buna göre kişilerin kilosu arttıkça, “çaresizlik” alt boyutu puanlarının yükseldiği gösterildi. Ağrı ile başa çıkma puanı ve “kendi kendine başa çıkma”, “bilinçli bilişsel girişimler” ve “tıbbi çare arama” alt boyutları ve kilo arasında bir ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların medeni hali, %62 oranıyla evli, %38 oranıyla bekar şeklindedir. Bireylerin evli ya da bekar olmalarına göre, ağrı ile başa çıkma stratejileri ve alt boyutları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde kişilerin medeni hali ve ağrı ile başa çıkma seviyeleri arasında çelişkili sonuçlar mevcuttur (107,110).

Sağlık çalışanlarında KKİSH görülme oranının araştırıldığı bir çalışmada medeni durum ve KKİSH arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, buna göre evlilerde bu oran %50,0 iken, bekarlarda KKİSH görülme oranı %11,1 bulunmuştur (111).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %30'u lise ve altı, %70'i lisans ve üstü mezundur. Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumları ve ağrı ile başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, kişilerin mezuniyet durumlarına göre ağrı ile başa çıkmaları etkilenmemektedir. Literatürde kronik kas iskelet sistemi ağrısı düzeyi ile eğitim durumunun karşılaştırıldığı çalışmalar mevcuttur ve eğitim durumunun kronik kas iskelet sistemi ağrılarını etkilemediği bildirilmiştir (113,114,115). Yine sağlık çalışanları üzerine yapılan farklı bir çalışmada, eğitim düzeyi ile kronik kas iskelet sistemi hastalığı görülme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucuna göre, KKİSH görülme sıklığı eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır (111). Literatürde yer alan farklı bir çalışmada eğitim durumu düşük olan, kronik hastalık sınıfında yer alan periferik arter hastalığına sahip bireylerde ağrı algısının daha olumsuz olduğu, eğitim durumu yükseldikçe ağrının organik kökenli olduğuna dair inançların azaldığı ve ağrıyla baş etmede çaresizlik hissinin daha az olduğu bildirilmiştir (123). Romatoid Artritli hastalarda santral sensitizasyonun araştırıldığı başka bir çalışmada, kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe kronik hastalıkla başa çıkmada daha etkin rol oynadıkları tespit edilmiştir (125).

Atanes ve ark. (116)'nın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının stres puanı ortalaması 42,2 bulunmuştur. Tekin ve ark. (117)'nin farklı meslek gruplarında algılanan stresi değerlendirdikleri çalışmada ise sağlık çalışanları 31,8 ortalama stres puanı ile yüksek stresli mesleklerden biri olarak gösterilmiştir. Kas iskelet sistemi hastalıkları için değiştirilebilen bir risk faktörü olan stresin, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan iyi olma durumunu olumsuz etkileyerek, kişilerin baş etme yeteneğini azalttığı belirtilmiştir (4).

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının da alt basamaklarına inilerek, ağrı ile baş etme stratejilerine spesifik mesleklerde bakılmıştır. Katılımcıların %59'unu oluşturan hemşire ve sağlık destek personeli primer hasta bakımında rol aldığı için bir grupta; doktor, fizyoterapist ve diyetisyen %41 oranıyla diğer grupta yer almaktadır. Araştırmamızın sonucuna göre kişilerin meslek gruplarına göre ağrı ile başa çıkma

stratejileri ve alt boyutlarının puan ortalamalarında bir fark bulunmadı. Ankara’da özel bir hastanenin çalışanlarında işe bağlı kas-iskelet sistemi sorunlarının araştırıldığı bir çalışmada, çalışılan bölüme göre kas-iskelet sistemi ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Servis/ poliklinik ve laboratuvar/görüntüleme birimlerinde çalışanlarda daha fazla kas iskelet sistemi ağrısı görüldüğü bildirilmiştir (118).

Katılımcıların sigara ve alkol kullanımlarının da ağrı ile başa çıkmayla ilgili skorlarını etkilemediği bulundu. Sağlık çalışanları üzerinde Covid-19 döneminde yapılan bir çalışmada, sigara kullanımının algılanan stres düzeyine ve el, el bileği, omuz gibi bölgelerde kas iskelet sistemi ağrısına bir etkisi olmadığı gösterilmiştir (105). Metin ve ark. (119)’ı tarafından, diyabetli hastaların nöropatik ağrıyla baş etme biçimlerinin incelendiği nitel bir çalışmada, hastaların ağrı ile baş etmede kullandıkları yöntemler arasında sigarayı bırakmak olduğu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının evde birlikte yaşadığı kişiye göre ağrı ile başa çıkma düzeylerinde bir fark bulunmadı. Sağlık çalışanlarında kronik kas iskelet sistemi hastalığı görülme sıklığı üzerine yapılan bir araştırmada, hanede yaşayan kişi sayısının artmasıyla birlikte, KKİSH görülme oranı anlamlı bir şekilde artmıştır (111).

5.2. Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri

Çalışmamızda düzenli ağrı kesici kullanımı ile ağrı ile başa çıkma ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Karaman ve ark. (107)’ı tarafından yaşlı bireylerin kronik ağrıyla baş etme durumlarını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre ağrı ile “pasif başa çıkma” stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tanrıverdi ve ark.’ları tarafından yapılan bir çalışmada yaşlıların ağrı ile baş etmede sıklıkla ilk tercihlerinin %35,9 oranıyla ağrı kesici kullanmak olduğu belirtilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş altı bireylerde ağrı ile baş etme yöntemlerinin incelendiği başka bir çalışmada, hastaların 54,8’inin ağrı ile baş etmek için ilaç kullandığı görülmüştür (110).

Araştırmamızdaki katılımcıların kronik kas iskelet sistemi ağrısı yaşadığı bölge ile ağrı ile baş etmesi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yani kişilerin el bileği, omuz veya boyun ağrısında ağrı ile baş etme şekilleri

etkilenmemektedir. Literatürde el/el bileği ağrısı ve stres arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Mehrdad ve ark. (120)'nın yaptıkları çalışmada orta stres seviyesine sahip hemşirelerde el bileği ve boyun bölgelerindeki ağrı ile stres düzeyi arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir. Şimşek ve ark. (121)'nin bel ağrısı olan ve olmayan sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bel ağrısı olan kişilerde algılanan stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin ağrı ile başa çıkma düzeylerini inceleyen başka bir araştırmada, sırt-bel, kol-omuz ve bacak bölgelerinde ağrı olduğunu söyleyen hemşirelerin ağrı ile baş etme alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır fakat baş ve boyun bölgesinde ağrı hisseden hemşirelerin hissetmeyenlere göre ağrıyla baş etmede “kendi kendine başa çıkma” ve “bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma” durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun kişilerin geçmiş deneyimleri nedeniyle daha iyi baş edebildiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (106).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %22,41'i 3-6 aydır kronik ağrı yaşadığını, %77,59'u ise 6 aydan daha fazla süredir kronik ağrı yaşadığını belirtmiştir. Bu iki grup ağrı ile baş etme yönünden karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yani kişilerin ne kadar süredir kronik ağrı yaşadığı ağrı ile baş etme düzeylerini etkilememektedir. Literatürde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ağrının sıklığı arttıkça ağrı ile baş etmede “çaresizlik” puanının arttığı ve “tıbbi çare arama” puanının arttığı görülmüştür. Yani daha sık ağrı hisseden kişiler hissetmeyenlere göre daha fazla çaresizlik hissetmekte ve daha fazla tıbbi çare aramaktadırlar (106).

Çalışmamıza katılan KKİSA olan sağlık çalışanları, ağrının şiddeti yönünden değerlendirildiğinde, ağrısı “hafif ve orta” olan katılımcılar %67,24; “şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz” olan katılımcılar ise %32,76 oranında yer almaktadır. Bireylerin ağrı ile baş etmede “çaresizlik” ve “tıbbi çare arama” skorları, ağrısı şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin ağrı ile başa çıkma seviyelerinin araştırıldığı bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer sonuçlar alınmıştır.

Ağrısı “şiddetli ve çok şiddetli” olan hemşirelerin, “orta” şiddette ağrı hisseden hemşirelerden daha fazla “çaresizlik” hissettikleri bulunmuştur (106).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ağrı ile başa çıkma düzeyleri ile çevresinde ağrı deneyimi olan birisi olup olmama durumunun arasında bir ilişki bulunmadı.

Çalışmamıza katılan bireylerin ağrıya dair inançlarından, ağrının kontrolünün kime ait olduğunu düşündükleri araştırıldı. Katılımcılar %73,27 oranında ağrılarının kontrolünün kendilerine ait olduğunu, %26,73 oranında ise ağrı kontrolünün doktorda, tanrıda veya diğer şekilde olduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin ağrının kontrolüne dair inançlarının, ağrı ile başa çıkma düzeylerine bir etkisi bulunmadı.

Babadağ ve ark. (20)'nin algoloji hastaları ile yaptığı bir çalışmada, ağrı kontrolünün Tanrı'dan olduğuna inanan hastaların organik inanç puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Periferik arter hastalığı olan bireylerde yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde ağrısının organik kökenli olduğunu düşünen bireylerin ağrı kontrolü için daha kadersel yaklaşıtları görülmüştür ve ağrılarının kontrolünün kendilerinde olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir (123).

Literatürde ağrı ile başa çıkma becerileri değerlendirilirken ağrı ile aktif başa çıkma ve pasif başa çıkma becerilerinin de ayrıca belirlendiği gözlenmiştir (119). Biz bu çalışmada ağrı ile başa çıkmanın aktif baş etme ve pasif baş etme teknikleriyle alakalı bir karşılaştırma yapmadık.

5.3. Ağrı İnançları

Literatürde, hastaların ağrı ile baş etmesi ile ağrıya dair inançları arasında ilişki olduğu söylenmektedir (122). Ellis'e (122) göre ağrı inançları bilişler, tutumlar, düşünceler ve duygulardan etkilenmektedir. Hastaların ağrı ile ilgili yaşadıkları sorunlar ağrı inançlarını ve ağrıyı algılama biçimini ve dolayısıyla da ağrı ile başa çıkmayı etkilemektedir. Bizim çalışmamızda bireylerin ağrıyla baş etme düzeyleri ve ağrı inançları karşılaştırıldı. Bulunan sonuçlarda, ağrı ile baş etme düzeyleri total olarak ve alt boyutlarından "çaresizlik" ve "tıbbi çare arama" parametreleri ilişkili çıktı. Buna göre sağlık çalışanlarında ağrıyla baş etme düzeyleri, "çaresizlik" durumları ve "tıbbi çare arama" düzeyleri arttıkça, kişilerin ağrıya dair inançları artış göstermektedir. Alt boyutlardan "ağrıyla kendi kendine başa çıkma" ve "bilinçli

bilişsel girişimlerde bulunma” durumları kişilerin ağrı inançlarına göre etkilenmemektedir.

Bizim çalışmamızda “organik inançlara” sahip sağlık çalışanlarının daha fazla “çaresizlik” hissettiği ve daha fazla “tıbbi çare aradığı” bulundu. “Psikolojik inançlara” sahip sağlık çalışanlarının daha fazla “bilinçli bilişsel girişimlerde bulunduğu” gösterildi. Yaptığımız çalışmanın aksine, Ayıntap ve ark.(106)’nın hemşirelerin ağrı inançlarını araştırmak üzere yaptığı bir araştırmada, organik inançlara sahip hemşirelerin daha az “çaresizlik” hissettiği ve daha az “tıbbi çare aradığı” bulunmuştur. Aradaki farkın farklı meslek gruplarının eğitim ve deneyim farkının etkisiyle olduğu düşünülmektedir. Literatürde yer alan, periferik arter hastalarının ağrı algısı üzerine yapılan başka bir araştırmada ise bizim çalışmamızla benzer bulgulara rastlanmıştır (123).

Ağrısının daha çok “organik kökenli” olduğuna inanan hastalarda kendi kendilerine baş etmenin yeterli olmadığı, daha az bilinçli bilişsel girişimlerde buldukları ve kendilerini daha fazla çaresiz hissettikleri bulunmuştur. Ağrısının daha çok psikolojik kökenli olduğuna inanan hastaların da benzer şekilde kendilerini daha fazla çaresiz hissettiği ancak bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullandıkları ve daha çok tıbbi çare aradıkları belirlenmiştir.

Hastalık algısı ve çaresizlik hissetme, bireylerin ağrıyla baş etmelerinde önemli bir faktördür. Bu çalışmada ağrıyla kendi kendine başa çıkabilen bireylerin daha fazla bilinçli bilişsel girişimlerde bulunduğu ve daha çok tıbbi çare aradığı ve daha çok çaresiz hissettiği bulundu. Ağrıyla baş etmede çaresizlik hisseden bireylerin daha çok tıbbi çare aradığı ve daha çok bilinçli bilişsel girişimlerde bulunduğu bulundu. Literatürde yer alan, kronik bir hastalık olan periferik arter hastalığına sahip bireylerde ağrı ile baş etmenin araştırıldığı başka bir çalışmada ise kendi kendine ağrıyla daha iyi baş eden bireylerde bizim çalışmamızla benzer şekilde daha fazla bilinçli bilişsel girişimlerde bulunduğu ancak daha az çaresiz hissettiği bildirilmiştir. Daha fazla çaresizlik hisseden bireylerin ise bizim çalışmamızla benzer şekilde daha çok tıbbi çare aradığı bildirilmiştir (123).

5.4. Hareket Etme Korkusu

Çalışmamıza katılan bireylerde ağrı ile başa çıkma yeteneği ve hareket etme korkusu (kinezyofobi) karşılaştırıldığında, ağrı ile başa çıkma düzeyi toplamı ve çaresizlik alt boyutu ile hareket etme korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma, tıbbi çare arama ve kişilerin kendi kendine ağrı ile başa çıkabilme yetenekleriyle hareket korkusu arasında anlamlı sonuç bulunmadı. Aykut ve ark.'larının (126) yaptıkları çalışmada, kronik ağrıya neden olan bir hastalık olan romatoid artrit hastalarında kinezyofobi düzeyleri ve depresyon seviyeleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca kinezyofobinin ağrı şiddeti, yorgunluk, duygusal durum ve yaşam kalitesinden etkilendiği bildirilmiştir. Depresyonun ağrı algısı ve ağrı ile başa çıkmada çok önemli bir belirteç olduğu daha önce yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (120, 122, 127).

Yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, depresyon ve kinezyofobi arasındaki ilişki düşünüldüğünde de kinezyofobinin ağrı ile başa çıkma seviyesi üzerine etkisinin kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Kronik ağrı sonucunda gelişen korku, endişe, uykusuzluk ve anksiyete nedeni ile ortaya çıkan depresyonun; ağrı algısı ve fonksiyonel yetersizliği arttırarak kinezyofobi ile devam eden kısır döngüye yol açtığını düşünmekteyiz. Literatürde yer alan, kronik bel ağrılı hastalarda kinezyofobi ve ağrı parametrelerinin araştırıldığı çalışmaların bazılarında hareket etme korkusuyla ağrının şiddeti ve ağrı yönetimi arasında anlamlı korelasyon bulunurken (130, 131), bazılarında bulunmamıştır (132, 133). İsveç'te hastane çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, uzun süreli ağrı durasyonu ve hastaneden ağrı şikayetiyle taburcu olma ile alakalı parametrelerin incelendiği bir çalışmada, hareket etme korkusu varlığının, uzun süreli ağrı durasyonunu yordamada önemli parametrelerden biri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca hastaneden ağrı şikayetiyle taburcu olan kişilerde, hareket etme korkusu gelişme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (136). Literatürde kinezyofobi ile alakalı yayınlar farklı sonuçlar göstermektedir. Biz bu çalışmada kinezyofobi ile ilişkisi bulunmayan ağrı ile başa çıkma alt boyutlarıyla da örneklem genişliği arttırıldığında ilişki sağlanacağını, hareket etme korkusu bulunan bir kişide ağrı yönetiminin de sağlıklı yapılamayacağını düşünmekteyiz.

5.5. İş Tatmini

Çalışmamıza katılan bireylerde ağrı ile başa çıkma durumu ve iş tatmini karşılaştırıldığında, ağrı ile baş etmede kendi kendine başa çıkabilme yeteneği ile iş tatmini arasında bir ilişki bulundu. Yani iş tatmini yüksek bireylerin ağrı ile baş etmede kendi kendine başa çıkmada daha iyi oldukları saptandı. Kronik kas iskelet sistemi hastalığına (KKİSH) sahip hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, KKİSH'nın yaşam kalitesi üzerinde çok ciddi bir etkiye neden olarak iş kısıtlamasına ve hatta iş değiştirme isteğine neden olduğu gösterilmiştir (137). Murray ve ark.'ları (138) tarafından yapılan bir araştırmada kas iskelet sistemi hastalığına sahip sağlık çalışanlarının son 12 ayda kümülatif ortalama işe devamsızlık süresinin 19,2 gün olduğu bildirilmiştir.

Literatürde iş tatmini ve mutluluk seviyesi üzerinde yapılan birçok çalışma mevcuttur. Yapılan araştırmalarda genel kanı iş tatmini arttıkça kişilerin mutluluk seviyelerinin yükseldiği yönünde olmuştur (124). Literatürde yer alan başka bir çalışmada iş tatmini ile stres ilişkisine bakılmıştır ve kişilerde stres seviyesi ile iş tatmini arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin iş tatmini azaldıkça stres seviyeleri artmaktadır (125). Yani düşük iş tatmininin kişilerde mutsuzluk yaptığı ve strese neden olduğu görülmektedir. Literatürde, işle ilgili koşullarla kronik bel ağrısının karşılaştırıldığı az sayıda çalışmada, düşük iş tatmininin kronik bel ağrısına neden olabileceği gösterilmiştir (134). Kronik bel ağrısı şiddeti ve iş tatmininin araştırıldığı başka bir çalışmada ağrı şiddeti arttıkça iş tatmininin düştüğü gösterilmiştir (135). Ağrı ile baş etme seviyesinin düşük olduğu hastalarda da ağrı şiddeti ve frekansının fazla olduğu ayrıca kişinin duygu durumunun ve stres gibi parametrelerin de kronik ağrıyı algılama ve yaşama sürecine etkisi bilinmektedir. Bu nedenle bu çalışmada kurulan hipotezde iş tatmininin dolaylı olarak ağrı ile başa çıkmayı etkileyeceği düşünüldü. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, sadece kendi kendine başa çıkabilme alt boyutu ile iş tatmini arasında bir ilişki gözlemlendi. Bu ilişkinin örneklem sayısının artmasıyla diğer alt boyutlarla da kurulacağını düşünmekteyiz. Sağlık riskleri için kişisel bakım ve önleyici tedbirlerin öğretilmesinin hala yetersiz olduğu düşünülmektedir. Bu tedbirlerin alınmasının sağlık yükünü

azaltacağı gibi aynı zamanda iş yerinde kalma sürelerini ve çalışma isteklerini artıracacağı da yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

5.6. Vücut Farkındalığı

Çalışmamıza katılan bireylerin ağrı ile başa çıkma yeteneği ve vücut farkındalığı karşılaştırıldığında, vücut farkındalığının alt boyutlarından hastalığın başlangıcında tahmin yeteneği ile ağrı ile başa çıkmanın total olarak anlamlı, negatif yönde bir ilişkisi olduğu bulundu. Yani hastalığın başlangıcında tahmin etme yeteneği arttıkça, bireylerin ağrı ile baş edebilmeleri zayıflamaktadır. Hastalığın başlangıcını tahmin edebilen kişilerin daha çok kendini dinleyen kişiler olduğu düşünüldüğünde, ağrı ile başa çıkmada zayıf olmalarını, daha çok ağrıya odaklanma nedeniyle gerçekleştirebileceğini düşünmekteyiz. Yine hastalığın başlangıcını tahmin etme yeteneği arttıkça, bireylerin çaresizlik hisleri arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki bulundu. Yani çaresiz hisseden kişilerin hastalığın başlangıcını tahmin etmede daha zayıf olduğu görülmektedir.

Literatürde yer alan bir çalışmada uzun süreli meditasyon yapanların duyuşsal uyarınları daha çabuk fark ettikleri, vücut farkındalıklarının arttığını ve stres faktörü olarak karşılarına çıkan durumlarla daha iyi başa çıktıkları gösterilmiştir (128). Literatürde yer alan başka bir çalışmada kronik ağrıda, psikososyal faktörlerin kas iskelet sistemi ağrısının işlenme ve bildirimine üzerine olan etkisiyle vücut farkındalığını da etkileyebileceği belirtilmiştir (129).

Sonuç olarak yaptığımız bu çalışmada kronik ağrı yaşayan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkmayı etkileyen faktörleri göstermeyi hedefledik ve hipotezimizde yer alan dört faktörden, ağrıya dair inançların, hareket etme korkusunun ve vücut farkındalığının alt boyutlarından olan hastalığın başlangıcında tahmin edebilme yeteneğinin ağrı ile başa çıkmayı total olarak etkilediğini, iş tatmini seviyesinin de ağrı ile başa çıkmanın alt boyutlarından olan kendi kendine başa çıkabilme durumunu etkilediğini bulduk. Bu durumda kronik ağrının tedavisine kapsamlı bir bakış açısıyla yaklaşarak, kullanılan yaklaşımlarda bireylerin kendi kendilerine ağrı kontrolü yapabilmeleri ve ağrınlarını yönetebilmelerini sağlamak için kişilerin varsa hareket etme korkusuyla ilgili kanıta dayalı yaklaşımlarda bulunulması,

yanlış ağrı inançlarının giderilmesi, çalışanların iş motivasyonlarını arttırıcı yöntemlerin uygulanması ve vücut farkındalığı düzeyi zayıf olan hastalarda kanıta dayalı uygulamalarla vücut farkındalığının geliştirilmesi önerilmektedir.

Bu konuda kronik ağrılı bireylerin ağrı ile başa çıkabilme durumlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Bu sonuçlara göre; **ilk hipotezimiz** olan kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkma stratejilerine, ağrı inançları ve kinezyofobinin etkisi kabul edilmiştir.

İkinci hipotezimiz olan kronik kas iskelet sistemi ağrılı sağlık çalışanlarında ağrı ile baş etme stratejilerinin vücut farkındalığı ile ilişkisinde, vücut farkındalığının hastalığın başlangıcında tahmin edebilme alt boyutunun ağrı ile başa çıkmaya etkisi gösterilerek kabul edilmiştir.

Üçüncü hipotezimiz de kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında iş tatmini seviyesinin ağrı ile başa çıkmalarına etkisi, ağrı ile başa çıkma durumunun bir alt boyutu olan kendi kendine başa çıkabilme seviyesine olan etkisiyle kısmen kabul edilmiştir.

5.7. Limitasyonlar

Çalışma Covid-19 pandemi döneminde yapıldığı için bir grup sağlık çalışanı herhangi bir temas sağlanmaması adına çalışmaya katılmayı reddetti ve çalışmaya 116 sağlık çalışanı dahil edildi. Çalışmaya katılan bireylerin minimum sayısı belirlenirken bağımsız değişkenlerin 10 ile 20 katı olmalıdır önerisi baz alınarak seçildi (93). Bağımsız değişkenler alt boyutlarla birlikte on taneydi ve örneklem sayısı bu durumda 200 kişiye kadar çıkabilirdi. Örneklem sayısının alt orana yakın olması ve kronik kas iskelet sistemi ağrılarının depresyon, anksiyete gibi psikolojik birçok faktörden de etkilenebilecek olması nedeniyle bu değerlendirmelerin yapılmamış olması analiz sonuçlarımızın düşük korelasyon değerleri üzerinde olumsuz etki etmiş olabilir. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanları doktor, fizyoterapist, diyetisyen ve hemşire, sağlık destek personeli olarak gruplandı. Burada hem meslek dağılımları hem iş yükü anlamında homojenizasyonun sağlanamamış olması da sonuçlarımızı etkilemiş

olabilir. Ayrıca alışanların haftalık çalışma sureleri, iş yoğunluğu varsa nobet dongulerinin de belirlenip değerlendirilmesinin çalışmamızın sonuçlarını gulendirebileceğini duşunmekteyiz. Kişilerin duzenli egzersiz yapıp yapmadığı daha önce fizik tedavi alıp almaması da sorgulanarak bulgulara eklenebilirdi.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, KKİSA olan hastalarda ağrı ile başa çıkma stratejilerini etkileyen parametreler belirlendi. İlgili parametrelerin belirlenmesi sonucunda da kronik ağrılı hastalara biyopsikososyal anlamda bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşarak, ağrıyla baş etme stratejilerine yardımcı olabilecek ileri eğitim ve öneriler için katkı sağlayabileceğimiz düşünülmüştür. Sağlık sektöründe son gelinen durumda koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem kazanmıştır. Kronik ağrı meydana gelmesinde kişilerin ağrı ile başa çıkma düzeylerinin çok büyük etkisi olduğu düşünülürse, bu çalışmanın koruyucu sağlık hizmetlerine bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarının ağrı inançlarının, hareket etme korkularının, vücut farkındalıklarının ve iş tatmini seviyelerinin ağrı ile baş etme düzeyiyle ilişkisinin incelenmesi üzerine yapılan bu çalışmanın sonuçları:

1. Sağlık çalışanlarının fiziksel ve sosyodemografik özelliklerinden cinsiyetin ağrı ile başa çıkma seviyesi ile arasında anlamlı ilişki vardı. Kadın katılımcıların genel olarak ağrı ile başa çıkmada erkeklerden daha iyi olduğu bulundu. Bunda kadınların ergenliğin başlamasıyla birlikte döngüsel olarak ağrı deneyimini erkeklerden daha erken bir dönemde ve her ay düzenli olarak tecrübe ediyor olmaları ve erkeklere göre daha kolay yardım istemeleri etkili olabilir.

2. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarında en düşüğü 30 yaş, en yükseği 65 yaş olacak şekilde ortalama yaş 42 idi. Yaş ilerledikçe ağrıyla kendi kendine başa çıkabilme seviyelerinde anlamlı bir artış oldu. Yani ileri yaş ağrı ile baş etmede olumlu bir durum olarak gösterildi. Bu duruma yaşın ilerlemesiyle yaşanan ağrı deneyiminin de artmış olması neden olmuş olabilir.

3. Fiziksel özelliklerden boy ile ağrı ile başa çıkma seviyesi arasında rastlantısal bir ilişki bulundu. Katılımcıların kilosu arttıkça, ağrıyla baş etmede çaresizlik hissi seviyeleri yükseldi. Kilonun ağrı ile baş etmede negatif bir etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

4. Medeni durum, eğitim seviyesi, meslek grubu, sigara ve alkol kullanımı, evde birlikte yaşanan kişi gibi parametrelerin ağrı ile başa çıkmada bir etkisi olmadığı gözlemlendi.

5. Katılımcıların ağrı ile ilgili belirteçlerinden düzenli ağrı kesici kullanımı, ağrının yaşandığı vücut bölgesi, kronik ağrının süresinin ve ağrı kontrolünün kendilerinde ya da başkasında olduğu inancı gibi parametrelerin ağrı ile başa çıkmada etkisi olmadığı bulundu. Katılımcıların ağrı şiddetine bakıldığında, şiddet arttıkça ağrı ile baş etmede daha fazla çaresizlik hissedildiği ve buna bağlı olarak da daha fazla tıbbi çare arandığı gözlemlendi.

6. Sağlık profesyonellerinin ağrı ile baş etmesinde ağrı inançlarının etkili olduğu bulundu. Ağrı inançları arttıkça kişilerin ağrı ile baş etme seviyeleri yükseldi. Ağrılarına dair organik kökenli olduğu inancına sahip katılımcıların daha fazla çaresizlik hissettiği ve daha çok tıbbi çare aradığı gösterildi. Burada ağrı nedeniyle başvuru merkezde yanlış yönlendirmenin etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin 5 senedir diz ağrısı yaşayan bir bireyin, muayene sonrası eklem sıvısının azaldığını ve kemiklerin birbirine sürtmeye başladığını duyması, kişinin yanlış organik inançlara sahip olmasına neden olup çaresizlik hissini pekiştirmektedir. Kasların tıpkı bir çarşaf gibi yırtıldığını duyan bir birey doğal olarak daha çok tıbbi çare aramaktadır. Kronik ağrılı bireylerin ağrı yönetimi yapabilmesinde yanlış yönlendirme ve tutumlar olumsuz yönde rol oynamaktadır. Ağrıya dair inançları, psikolojik kökenli olduğu yönünde olan katılımcıların ise daha fazla bilinçli bilişsel girişimlerde bulunduğu gözlemlendi.

7. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının iş tatmini seviyesine bakıldığında, iş tatmini yüksek çalışanların, kronik ağrı ile kendi kendine başa çıkabilme seviyeleri daha yüksek bulundu. Kronik kas iskelet sistemi ağrısının işe devamsızlıkta en önemli faktörlerden biri olduğu göz önüne alındığında, kişilerin ağrı yönetiminde kendi kendine baş edebilmeleri açısından iş tatmin seviyelerinin yüksek tutulması önem arz etmektedir. Bu çalışma sağlık çalışanları özelinde yapıldığı için burada hastane ve sağlık hizmeti veren kuruluşların çalışan memnuniyetini sağlayacak politikalar uygulamasının da kronik ağrı yönetiminin daha iyi yapılması ve işe devam noktasında önem arz ettiğinden bahsedebiliriz.

8. Katılımcılarda hareket etme korkusunun olması, ağrı ile başa çıkmayı toplam şekilde etkilemektedir. Burada yine kişilerin ağrı duyusuna yüklediği anlam ve yanlış inanışlar da önem arz etmektedir. Yaşanan bir yaralanmanın kronik ağrıya dönüşüp, yanlış hareket paternlerinin gelişerek kişilerde hareket etmeye dair bir korku oluşması bir kısır döngü başlatmaktadır. Bu döngünün kırılması için kronik ağrılı kişilerin

hareket etme noktasında cesaretlendirilmesi ve uygun egzersiz programlarıyla bu durumun desteklemesi gerekmektedir.

9. Çalışmada kronik ağrılı kişilerde vücut farkındalığının da etkilenmiş olacağı düşünülerek ağrı ile başa çıkma düzeyine etkisi incelendiğinde, vücut farkındalığının alt boyutlarından olan hastalığın başlangıcında tahmin boyutuyla ağrı ile baş etme arasında negatif bir ilişki bulundu. Hastalığın başlangıcında tahmin edebilme seviyesi yükseldiğinde kişilerin ağrı ile baş etmelerinin zayıfladığı gösterildi. Burada hastalığın başlangıcında tahmin edebilen kişilerin daha çok vücut tepkilerine odaklanması ve daha çok kendilerini dinlemesiyle ağrıya da daha çok odaklanmış olabileceklerinin etkisiyle ağrı ile baş etmede daha zayıf olduklarını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak kişilerin kronik ağrı ile başa çıkmasında birçok parametrenin etkin olduğu gösterildi. Ağrı eğitimi ve ağrı ile baş etme stratejilerinin etkin olarak uygulanmasıyla, yaşanan ağrı deneyimi kişilere bir negatif kazanım değil pozitif kazanım olarak sağlanacak ve sürecin iyi yönetilebilmesine olanak verecektir. Bu konuda eğitim alan fizyoterapistlerin, koruyucu fizyoterapi sürecinde daha fazla rol almasıyla sağlık hizmetlerine bir kazanç sağlanacağını düşünmekteyiz. Ayrıca bu konuda yapılacak çalışmaların daha da artmasıyla ağrı ile başa çıkma ve ağrı inançlarına yönelik bir fizyoterapi alanının spesifikleşmesi, kronik ağrı tedavisinde multidisipliner ekibin bir ayağı olarak düşünülebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ratini M. Chronic Pain Management. 2014. Available from: [http://www.webmd.com/painmanagement/guide/understanding-painmanagement-chronic-pain.](http://www.webmd.com/painmanagement/guide/understanding-painmanagement-chronic-pain))
2. Babadağ B., Alparslan G.B., Güleç S. The Relationship Between Pain Beliefs and Coping with Pain of Algology Patients'. Pain Management Nursing. Vol 16, No:6, 2015; pp 910-919.
3. Cavlak U., Aslan Baş U., Yağcı N., Altuğ F. Chronic Musculoskeletal Pain Management with Physiotherapy and Rehabilitation. Journal of Physiotherapy and Rehabilitation- Special Topics 2015; 1(1):70-90.
4. Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, ve ark Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. Turk J Cardiovasc. Nurs. 2019; 10: 129-37.
5. West C.P., Dyrbye L.N., Rabatin J.T., Call T.G., Davidson J.H. İntervention to Promote Physician Well-being. Job Satisfaction and Professionalism, A Randomized Clinical Trial, American Medical Association. 2014.6. Öztürk H. Lokman Hekim Journal Supplement VIII. Lokman Hekim Days Fourth Session: History of Medicine 2013:22-25.
7. Eti Aslan F. Badır A. Ağrı kontrolüne ilişkin gerçeklik: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve yönetimi konusundaki bilgi ve inançları. Deneysel ve Klinik Çalışmalar. 2005;17(2):44-51.
8. Keskinbora K, Keskinbora H. History of Pain: From Avicenna to Melzack and the Future: Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2016;14(1):20-3
9. Reddan M. G. (2019), Wager T. D., Brain systems at the intersection of chronic pain and self-regulation, University of Colorado, Boulder, United States, Neuroscience Letters 702 (2019) 24–33.
10. Güleç G., Güleç S. (2006), Ağrı ve Ağrı Davranışı Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ağrı 18:4, Eskişehir.
11. Premkumar K. (2015), Anatomi ve Fizyoloji: Masaj Bağlantısı Çev. Ed. Razak Özdiñler A., İstanbul Tıp Kitabevi 3. Baskı.
12. Yentür E. A. (2007), Ağrı ve yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi; İzmir.
13. Guyton A. C. & J. E. Hall (2014), Tıbbi Fizyoloji Çev. Ed. Solakoğlu Z., (syf:583) Nobel Tıp Kitabevleri 12. Baskı.
14. Snell R. S. (2011), Klinik Nöroanatomi Çev. Ed. Yıldırım M. Nobel Tıp Kitabevleri, (syf:145-146).
15. Melzack R., Wall P. D. (1996), The Challenge of Pain, Penguin Books (syf:157-158).
16. Cavlak U. (2015), Baş Aslan U., Yağcı N., Altuğ F. Kronik Muskuloskeletal Ağrının Fizyoterapi Rehabilitasyon ile Yönetimi Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics 2015.

17. Esener Z. (1983), Ağrı (Türleri, Yolları, Teoriler, Mediatörler ve Reseptörler) Ondokuzmayıs Tıp Derg., 2:191.
18. Eti Aslan F. Olgun N. Fizyopatoloji. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi 2018:109- 129.
19. Tulgar M, Arslan A, Kalan E.(1998) Ağrı ve Nörostimülasyon. Van Tıp Dergisi 1998;5(4).
20. Babadağ B. (2014), Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları ile Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
21. Aydın Osman N. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Bağlı Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002;3(2):37-48.
22. Ünde Ayvat P. (2008), Adnan Menderes Üniversitesi Algoloji Bilim Dalı Poliklinik Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Sonuçları, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Aydın.
23. Küçükoğlu B. (2009), Kronik Boyun ve Bel Ağrısı Olan Hastalarda Fentanilin Ağrı ve Yaşam Kalitesine Etkisi T.C. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
24. Hay D., Nesbitt V. (2019), Management of Acute Pain, August Volume 2019 Volume 37, Issue 8, Pages 460-466.
25. Çeliker R. (2005), Kronik Ağrı Sendromları, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(Özel Ek B):B14-B18.
26. Cohen M., Quitner J. (2013), Buchanan D. Is Chronic Pain a Disease? Pain Medicine 2013; 14: 1284–1288.
27. Reddan M. G. (2019), Wager T. D., Brain systems at the intersection of chronic pain and self-regulation, University of Colorado, Boulder, United States, Neuroscience Letters 702 (2019) 24–33.
28. Marcus D.A. Kronik Ağrı ve Baş Ağrısı, Siva A. Kronik Ağrı Pratik Uygulama İçin Birinci Basamak Bakım Rehberi. New Jersey. Humana Press. 2005. 137–171.
29. Woolf A. D., Pfleger B. Burden Of Major Musculoskeletal Conditions. Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81: 646–656.
30. Aytar A. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007.
31. Özkan N. (2014), Kas İskelet Sisteminin Tedaviye Dirençli Hastalıklarında Nöralterapinin Yeri, Journal of Complementary Medicine, Regulation and Neural Therapy Volume 8, Number 2: 2014.
32. Köroğlu F. T., Kas İskelet Sistemi Ağrılarında Akupunktur Kullanılan Geriatrik Hastalarda Kognitif Fonksiyonların Seyri (2019), T.C. Ankara Üniversitesi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ağustos 2019/Ankara.

33. Ünal-Çevik I. (2017), Ağrının kronikleşmesine neden olan faktörler, patofizyoloji temelli tedaviler. TOTBİD Dergisi 2017; 16:77–80 doi: 10.14292/totbid.dergisi.2017.13.
34. Guyatt, G., Feenz, D., Patrick, D.(1993). Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med.* 118: 622–629.
35. Katz, W.A.(2002). Musculoskeletal pain and its socioeconomic implications. *Clin Rheumatol.* (suppl 1): 2- 4.
36. Marcus D.A. Kronik Ağrı ve Baş Ağrısı, Siva A. Kronik Ağrı Pratik Uygulama İçin Bir Birinci Basamak Bakım Rehberi. New Jersey. Humana Press. 2005. 137–171.
37. Uyar M. A. Myofasiyal Ağrı Sendromu ve Diğer Muskuloskeletal Kökenli Ağrılar. Raj P.P. Ağrı. 2. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2002. 383–396.
38. Linaker, H.C., Walker-Bone, K., Palmer, K., Cooper, C.(1999). Frequency and impact of regional musculoskeletal disorders. *Baillière's Clinical Rheumatology.* 13: 197–215.
39. Gürer G., Şendur Ö.F. Fibromyaljili Hastalarımızın Klinik Özellikleri ile Bulgular arasındaki Korelasyonlar, *Romatizma*, 2006; 21 (2): 41-44.
40. Sofu M., Akı S., Eskiuyurt N. ve ark. Fibromyalji Sendromunda Moklobemid'in Ağrı ve Psikolojik Parametreler Üzerine Etkinliği. *Fizik Tedavi Rehabilitasyon Dergisi.* 1996; 20 (3): 115–121.
41. Gerwina R. D., Shannonc S., Hongc C. Z., Hubbardg D., Gevirtzi R. (1997), Interrater reliability in myofascial trigger point examination *Pain* 69 (1997) 65–73.
42. Atilla Ş. N. (2018), Servikal Bölgede Miyofasyal Ağrı Sendrimli Kadın Hastalarda Aktif ve Latent Tetik Noktalara Lazer Uygulamasının Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, T.C. Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.
43. Kaya A, Kamanlı A, Saitoğlu M. ve ark. Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastaların Serum Lipit Düzeyleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2006; 11(3): 160–162.
44. Şendur Ö.F., Ağrılı Kas Sendromları, Oğuz H., Dursun E., Dursun N. *Tıbbi Rehabilitasyon.* İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. Cilt 3. 2004. 1221–1239.
45. Quittan, M.(2002). Management of back pain. *Disability And Rehabilitation.*24(8): 423–434.
46. Mark, S.W., Staats, S.P.(2005). *Pain medicine & Management.* Boston: The McGraw-Hill Companies.
47. Rupp, I., Boshuizen, H.C., Dinant, H.J., Jacobi, C.E., Bos, G.V.D.(2006). Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol.* 35: 175–181.
48. Bölükbaşı N. Sağlık çalışanlarında bel ve üst ekstremitelere ilişkin kas-iskelet sistemi sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi, Kongre Kitapçığı, Ankara, 1999, s. 101-105

49. Eti -Aslan, F. (2014). Ağrı doğası ve kontrolü. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
50. Lindsay, P. H. and Norman, D. A. (2013). Human information processing: An introduction to psychology. 2. Baskı. London: Academic Press, Inc.
51. Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 787-800.
52. Diefenbach, M. A., and Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
53. Koçoğlu, D. and Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*, 23(2), 64-70.
54. Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing*, 7(4), 148-152.
55. Tavşanlı, N. G., Özçelik, H., Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25(3), 93-100.
56. Helman, C. G. (2007). Culture, health and illness. 50. Baskı. CRC Press. Culture, health, and illness. London: Hodder Arnold; 2007. 185-95.
57. Edwards, R. R., Doleys, D. M., Fillingim, R. B., & Lowery, D. (2001). Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 316-323.
58. Sertel-Berk, H.Ö. (2006). Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
59. Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of affective disorders*, 92(2), 185-193.
60. Kori SH, Miller RP, Todd D. Kinesophobia: A new view of chronic pain behaviour. *Pain Management* 1990;3:35-43.
61. Cook AJ, Brawer PA, Vowles KE. The fear-avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*. 2006;121:195-206.
62. Selçuk MA, Çakıt MO, Aslan SG, Mert E, Bakırcı AŞ, Çakıt Duyur B. Ankilozan spondilitli hastalarda kinezyofobinin hastalık aktivitesi ve fonksiyonel duruma etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.* 2018; 51(3): 180-185.
63. Turhan B, Usgu G, Usgu S, Çınar MA, Dinler E, Kocamaz D. Alt ekstremitede bağ yaralanması veya kırık geçmişi olan bireylerde kinezyofobi, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Spor Hekimliği Dergisi*. 2019;54(3): 175-182.

64. Ertan Ö, Kuran Aslan G, Akıncı B, Okumuş NG. Pulmoner hipertansiyonlu bireylerde kinezyofobi. *Turk J Physiother Rehabil.* 2019; 30(3):168-175.
65. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36(6):339-56.
66. Lethem J, Slade P, Troup J, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour research and therapy.* 1983;21(4):401-8.
67. Özkal Ö, Topuz S, Konan A, Kısmet K. Alt ekstremitte yanık yaralanması olan bireylerde ağrı, kinezyofobi, denge ve fonksiyonellik arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.* 2017;50(3):122-128.
68. Uçurum SG, Kalkan AC. Bel ağrılı hastalarda ağrı, kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege Tıp Dergisi.* 2018;57(3):131-135.
69. Godges JJ, Anger MA, Zimmerman G. Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Phys Ther* 2008;88:231-9.
70. Kaçoğlu C, Atalay E, Turhan B. Fiziksel temas içeren ve içermeyen sporlarda yaralanma sonrası spora dönüşte kinezyofobi ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Spor Hekimliği Dergisi.* 53(2):67-75, 2018.
71. Vlaeyen JW, Kole-Snijders, AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62(3):363- 72.
72. Crombez G, Vervaeke L, Lysens R, Baeyens F, Eelen P. Avoidance and confrontation of painful, back-straining movements in chronic back pain patients. *Behavior modification.* 1998;22(1):62-77.
73. Vlaeyen JW, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000;85(3):317-32.
74. Lundberg M, Styf J, Jansson B. On what patients does the Tampa scale for kinesiophobia fit? *Physiother Theory Pract* 2009; 25 (7):495-506.
75. Bingöl, Dursun, “İnsan Kaynakları Yönetimi”, Beta Basım Yayım, Onuncu Baskı, İstanbul, 2016.
76. Hoppock, Robert, “Job Satisfaction”, Harper and Brothers, New York, 1935.
77. Güven Mehmet, Bakan İsmail, Yeşil Salih; “Çalışanların İş ve Ücret tatmini Boyutlarıyla Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiler ve Bir Alan Çalışması” Celal Bayar Üniv. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt 12, Sayı 1, 2005.
78. Rehman Z.U., Nazır, N., Shah, N.H. (2019). “Impact of Heads Leadership Styles on Teachers Job Satisfaction at University Level”. *Kashmir Journal of Education*, 1 (2): 25-37.
79. Clark, A.E. (1996). “Job Satisfaction in Britain”. *An International Journal of Employment Relations*, 34 (2): 189-217.

80. Balkar, H. (2009). "Okulöncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarının Benlik Saygıları, İş Doyum ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi". Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
81. Kök, S.B. (2006). "İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma". Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 20 (1): 291-317.
82. Feng, D., Su, S., Wang, L., Liu, F. (2017). "The Protective Role of Self-Esteem, Perceived Social Support and Job Satisfaction Against Psychological Distress Among Chinese Nurses". Journal of Nursing Management, 26 (4): 366-372.
83. Faragher, E.B., Cass, M., Cooper C.L. (2005) "The Relationship Between Job Satisfaction and Health: A Meta-Analysis", Occupational and Environmental Medicine, 62 (2): 105-112.
84. Bloise PV, Andrade MC, Machado H, Andreoli SB. Increasing Awareness and Acceptance Through Mindfulness and Somatic Education Movements. Adv Mind Body Med. 2016;30(4):4-7.
85. Mehling, WE, Wrubel, J, Daubenmier, JJ, Price, CJ, Kerr, CE, Silow, T, & Stewart, AL. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. Philosophy, ethics, and humanities in medicine, 6(1), 1-12.
86. Inal, H.S. (2017). Vücut Farkındalığı Spor ve Egzersizde Vücut Biyomekaniği. Bl.16; ss.239-244.
87. Gyllensten, AL, Skär, L, Miller, M, & Gard, G. (2010). Embodied identity— A deeper understanding of body awareness. Physiotherapy theory and practice, 26(7), 439-446.
88. Kaya, D, Calik, M., Callaghan, MJ., Yosmaoglu, B, & Doral, MN. (2018). Proprioception After Knee Injury, Surgery and Rehabilitation. In Proprioception in Orthopaedics, Sports Medicine and Rehabilitation (pp. 123-142). Springer, Cham.
89. Tuthill, JC, & Azim, E. (2018). Proprioception. Current Biology, 28(5), R194-R203.
90. Kaya, D, Doral, MN, Nyland, J, Toprak, U, Turhan, E, Donmez, G, & Callaghan, MJ. (2013). Proprioception level after endoscopically guided percutaneous Achilles tendon. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 21(6), 1238-1244.
91. Vatansever, Ö. M. (2018). Farklı fiziksel aktivite düzeyindeki sağlıklı bireylerde vücut farkındalığı ile denge ve postür arasındaki ilişkinin incelenmesi.
92. Kahraman T, Genç A, Göz E. The nordic musculoskeletal Questionnaire: cross-cultural adaptation into Turkish assessing its psychometric properties. Disability and Rehabilitation. 2016; 38(21): 2153-60.

93. Alpar R. Basit Doğrusal Regresyon Çözümlemesi. Spor, Sağlık ve eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlilik. Detay Yayıncılık, Ankara, 2010, 285-304.
94. Who EC. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet (London, England). 2004;363(9403):157.
95. Karaca S, Demir O, Aşkın R, Şimşek İ. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliliği. 5. Türk-Alman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi, Antalya, 1996.
96. Edwards LC, Pearce SA, Turner-Stokes L, Jones A. The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation of Beliefs In The Causes And Consequences of Pain. Pain, 1992;51(3), 267-272.
97. Berk HÖ. Kronik Ağrı Yaşantısı Ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması. (Doktora Tezi), İstanbul:İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
98. Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygur F, ULUĞ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirliliği. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2011;22(1):44-9.
99. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Rotteveel AM, Ruesink R, Heuts PH. The role of fear of movement/(re) injury in pain disability. Journal of Occupational Rehabilitation. 1995;5(4):235-52.
100. Keser A., Bilir B. İş Tatmini Ölçeğinin Türkçe Güvenirlilik ve Geçerlilik çalışması. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2602-4314, Aralık-2019.
101. Shields SA, Mallory, ME, Simon A. The body awareness questionnaire reliability and validity. Journal of Personality Assessment 1989;53:802-15.
102. Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik: Omega Araştırma; 2011.
103. Alpar A. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik – Güvenirlilik: Detay Yayıncılık; 2016.
104. 1. Çalık BB, Atalay OT, Başkan E, Gökçe B. Bilgisayar kullanan masa başı çalışanlarında kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, işin engellenmesi ve risk faktörlerinin incelenmesi. MÜSBED. 2013; 3(4): 208-14.
105. Ata S. G, Arslan M, Palalı İ, COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Stres Algı Düzeyinin Kas İskelet Sistemi Ağrılarına Etkisi, MKÜ Tıp Dergisi 2021; 12(43):106-113.
106. Ayıntap M., Erol Ö., Hemşirelerin Ağrı İnançları ve Ağrı ile Başa Çıkma Durumlarının Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2021.
107. Karaman E, Kasar K.S, Kankaya H, Yaşlı Bireylerin Kronik Ağrıyla Baş Etme Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Ege Tıp Dergisi, 2021; 60 (4): 375-383.
108. Ho LY. A concept analysis of coping with chronic pain in older adults. Pain Management Nursing 2019; 20 (6): 563-71.

109. Öztürk Bilge A, Mollaoğlu M. Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı* 2018;30(2):84-92.
110. Akça N. K, Arslan D, Hemodiyaliz Tedavisi Alan 65 Yaş Altı Bireylerde Ağrı ve Baş Etme Yöntemleri, *Turk Neph Dial Transp* 2015; 24 (3): 278-282.
111. Çınar G. G, Yorulmaz F., Hastane Laboratuvar Çalışanlarında Kas-İskelet Sistemi Sorunları, Doktora Tezi, Edirne, 2021.
112. Şirzai H, Doğu B, Erdem P, Hastane Çalışanlarında İşe Bağlı Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 2015;49(2):135-41.
113. Homaid MB, Abdelmoety D, Alshareef W, Alghamdi A, Alhozali F, Alfahmi N, et al. Prevalence and risk factors of low back pain among operation room staff at a Tertiary Care Center, Makkah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Ann Occup Environ Med*. 2016;28(1):1-8. doi: 10.1186/s40557-016-0089-0.
114. Nützi M, Koch P, Baur H, Elfering A. Work-family conflict, task interruptions, and influence at work predict musculoskeletal pain in operating room nurses. *Saf Health Work*. 2015;6(4):329-37. doi: 10.1016/j.shaw.2015.07.011.
115. Wong TS, Teo N, Kyaw MO. Prevalence and risk factors associated with low back pain among health care providers in a district hospital. *Malays Orthop J*. 2010;4(2):23-8.
116. Atanes AC, Andreoni S, Hirayama MS, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC complementary and alternative medicine*. 2015;15:303. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>.
117. Tekin E, Çilesiz ZY, Selçuk G. Farklı mesleklerde çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD)*. 2019;9:79-89.
118. Medeni V, Ankara'daki bir hastanenin çalışanlarında işe bağlı kas iskelet sistemi sorunları ve ilişkili faktörler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2021;74(Suppl 1):82-88
119. Metin Z. G, Arslan E. İ, Diyabetli hastaların periferik nöropatik ağrı ile baş etme biçimleri: Nitel bir çalışma, 2017, Mersin.
120. Mehrdad R, Dennerlein JT, Haghghat M, et al. Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. *American journal of industrial medicine*. 2010;53:1032-9. <https://doi.org/10.1002/ajim.20869>.
121. Şimşek Ş, Yağcı N, Şenol H. Prevalence and risk factors of low back pain among health-care workers in Denizli. *Ağrı-The Journal of The Turkish Society of Algology*. 2017;29:71-8. <https://doi.org/10.5505/agri.2017.32549>.
122. Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 787-800.

123. Akyaz T, Demir S. G, Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı, Ağrı İnançları ve Ağrı ile Baş Etmenin Belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, 2018, Ankara.
124. Kara M. M, Tevruz S, The Relation of Job Satisfaction with Happiness and Success Level, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul.
125. Gökkaya T, Birtane M, Romatoid Artrit Hastalarında Kinezyofobi Sıklığı ve Kinezyofobi Etiyolojisinde Santral Sensitizasyonun Rolü, Uzmanlık Tezi, 2020, Edirne.
126. Aykut M, Cakit B, Mert E. AB0255 Evaluation of kinesiophobia in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Ann Rheumatic Dis* 2017;76:1137-8.
127. Jamshidi AR, Banihashemi AT, Paragomi P, Hasanzadeh M, Barghamdi M, Ghoroghi S. Anxiety and depression in rheumatoid arthritis: an epidemiologic survey and investigation of clinical correlates in Iranian population. *Rheumatol Int* 2016;36:1119-25.
128. Williams JM, Russell I, Russell D. Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):524-9.
129. Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, et al. The transition from acute to subacute and chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine* 2005;30(15):1786–92.
130. Conachio, J., Magalhaes, M. O., Silva, Campos Carvalho E, A, P. M., & Marques, A. P. A cross-sectional study of associations between kinesiophobia, pain, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain. *Advances in Rheumatology*, (2018), 58(1), 8.
131. Pitchai, P., Chauhan, S. K., & Sreeraj, S. Impact of kinesiophobia on quality of life in subjects with low back pain: A cross-sectional study. *International Journal of Physiotherapy and Research*, (2017), 5(4), 2232-2239.
132. Altuğ F., Ünal A., Kılavuz G., Kavlak E., Çitişli V., & Cavlak U. Investigation of the relationship between kinesiophobia, physical activity level and quality of life in patients with chronic low back pain, (2016). *1. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 29(3). 527-531.
133. Ishak N. A., Zahari Z., & Justine M. Kinesiophobia, pain, muscle functions and functional performances among older persons with low back pain. *Pain Research and Treatment*, 2017, Article 3489617.
134. Williams R. A., Pruitt, S. D., Doctor J. N., Epping-Jordan J. E., Wahigren D. R., Grant I., Patterson T. L., Webster J. S., Slater M. A., & Atkinson J. H. The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(4), 366-374.
135. Alkan H., Yenişehir S. Investigation of Factors Associated with Pain Intensity in Office Workers with Non- Specific Low Back Pain. 2022, *Pain Management Nursing*, Muş.

136. Nilsson A., Sjöden P., Dahl J. Factors related to long-duration pain and sick leave among Swedish staff working in the public health service. *Scand J Caring Sci*; 2005; 19; 419–426.
137. Soylar P., Özer A., Evaluation of the prevalence of musculoskeletal disorders in nurses: A systematic review. *Medicine Science* 2018;7(3):479-85.
138. Murray E, Franche RL, Ibrahim S, et al. Pain-related work interference is a key factor in a worker/workplace model of work absence duration due to musculo-skeletal conditions in Canadian nurses. *J Occup Rehabil*. 2013;23:585-96.
139. Campbell P, Foster NE, Thomas E, Dunn KM. Prognostic indicators of low back pain in primary care: five-year prospective study. *J Pain*. 2013;14(8):873---883.
140. Hill JC, Afolabi EK, Lewis M, et al. Does a modified STarT Back Tool predict outcome with a broader group of musculoskeletal patients than back pain? A secondary analysis of cohort data. *BMJ Open*. 2016;6(10):e012445.
141. Quicke J, Foster N, O’Gollah R, Croft P, Holden MA. Relationship between attitudes and beliefs and physical activity in older adults with knee pain: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res*. 2017;69(8):1192-1200.
142. Lin I, Wiles L, Waller R, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(2):79---86.
143. Darlow B, Fulen B, Dean S, Hurley D, Baxter G, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16:3---17.
144. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hubscher M, Goodall S. Physiotherapists’ beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother*. 2017;63(3):132---143.

8.EKLER

EK 1. Kurum İzin Yazısı



Ankara, 27.01.2021
Sayı : BTEDK-02/21

Fzt.Ecenur ŞİRİN
Fizyoterapist
Bayındır Hastanesi Kavaklıdere

Sayın Fzt.Ecenur Şirin,

“Kronik Muskuloskeletal Ağrısı Olan Sağlık Çalışanlarının Ağrı ile Başa Çıkma Stratejilerini Etkileyen Faktörler” başlıklı araştırmanın Bayındır Hastanelerinde gerçekleştirilmesi talebiniz Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu’muz tarafından incelenmiştir. Söz konusu araştırmanızın hastanelerimizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,

Doç.Dr. Oğuz KARAEMİNOĞULLARI
Genel Müdür Yardımcısı
Tıbbi Hizmetler Direktörü
Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu Üyesi



Tel:

Fax:

.com.tr • www.

.com.tr



Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI

EK 2. Etik Kurul Onay

Bayındır Hastaneleri Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu Başkanlığına,

“Kronik Muskuloskeletal Ağrısı Olan Sağlık Çalışanlarının Ağrı ile Başa Çıkma Stratejilerini Etkileyen Faktörler” isimli araştırmanın Bayındır Hastanelerinde yapılabilmesi için Kurulunuz tarafından değerlendirilmesini arz ederim.

Saygılarımla

Tarih: 18.01.2021

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Gizem İrem Kınıklı

Bölüm Başkanı: Prof. Dr. Metin Karataş

DİKKAT: Mevcut mevzuata göre bir araştırmanın yapılabilmesi için sorumlu araştırmacının, öncelikle Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanmış olan 13 Nisan 2013 tarihli Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik'e dayanarak oluşturulmuş olan bir etik kurul'dan onay alması gerekmektedir. Bayındır Hastaneleri Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu tarafından yapılan değerlendirme sonucunda verilen uygunluk, araştırmanın Bayındır Hastanelerinde gerçekleştirilebileceğini gösteren bir izindir.

F1286



SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

1. KİŞİSEL BİLGİLER:

ADI, SOYADI: Ecenur Şirin
DOĞUM TARİHİ: 10.06.1994
ÇALIŞTIĞI KURUM: Bayındır Hastanesi Kavaklıdere
GÖREVİ: Fizyoterapist
YAZIŞMA ADRESİ:

TELEFON:

E-MAIL:

2. EĞİTİM:

Lisans: Başkent Üniversitesi
Yüksek Lisans: Hacettepe Üniversitesi (Devam etmekte)

3. ÇALIŞMA ALANLARI:

Ortopedik Rehabilitasyon
Kronik Ağrı Yönetimi- Biyopsikososyospiritüel Model
Manuel Terapi
Nörogelişimsel Yoga Terapi



ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

Protokolde aşağıdaki maddeler ve gerekli açıklamalar yer almalıdır

1. Araştırmanın açık adı,

"Kronik Muskuloskeletal Ağrısı Olan Sağlık Çalışanlarının Ağrı ile Başa Çıkma Stratejilerini Etkileyen Faktörler"

2. Araştırmanın yapılacağı yer

Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Kavaklıdere şubeleri

3. Araştırmanın amacı ve önemi (temel amaç, varsa ikincil amaçlar),

Kronik muskuloskeletal ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile baş etme stratejilerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

4. Araştırmadan beklenen fayda ve riskler,

Ağrı ile baş etme stratejisi, kronik ağrılı kişilerde akut ağrılı kişilere göre daha fazla önem arz etmektedir. Kronik ağrı çeken bir kişi artık ağrısıyla uzun süre baş başa kalacağı için, uygulanan tedavilere ek olarak kişinin kendi stratejileri de tedaviden alınan verimi yüksek oranda etkileyecektir.

Bu stratejiler kişiye göre değişir ve birçok parametreden etkilenebilir. Spesifik bir alan olan, sağlık alanında çalışan Kronik Muskuloskeletal Ağrısı (KMSA) deneyimlemiş olan profesyonellerin, ağrı ile baş etme mekanizmalarını etkileyen faktörleri belirleyip tedavi süreçlerine bu parametreleri de ekleyerek bütüncül bir tedavi sağlanması amaçlanmaktadır. Literatürde hastanalere başvuran hasta bireyler üzerinde yapılan, ağrı stratejileri ve çeşitli parametreler üzerinde birçok çalışma vardır fakat özellikle bu pandemi döneminde canla başla hizmet veren sağlık çalışanları gözardı edilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik olarak yapacağımız bu spesifik çalışmadan alacağımız sonuçlara göre kronik ağrı tedavisinde, tedavilere ek olarak kişilerin kendi baş etme stratejilerine olumlu faydalar sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmadan beklenen bir risk yoktur.

5. Planlanan araştırmanın türü (Retrospektif Araştırma, Anket Çalışması, Laboratuvar Çalışması, Vaka-Kontrol Çalışması, Saha çalışması ...)

Planlanan araştırmanın türü Anket Çalışması olarak belirlenmiştir.



6. Araştırmaya dahil olacak hasta, gönüllü sayısı, bunların niteliği ve seçim gerekçesi (yaş aralıkları, cinsiyet v.b.).

Araştırmaya, Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Kavaklıdere şubelerinde çalışan, primer hasta tedavisi ve bakımında yer alan, 3-6 aydan uzun süren kronik muskuloskeletal ağrı deneyimi olan, 30-65 yaşları arasında, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hemşire ve sağlık destek personeli çalışanları dahil edilecektir. Katılımcı sayısı, ağrıyla baş etme stratejilerini (bağımlı değişken) etkileyebileceği düşünülen, ağrı inancı, kinezyofobi, iş tatmini ve vücut farkındalığı (bağımsız değişken) göz önünde bulundurularak, bağımsız değişkenlerin en az 5 katı kadar bireyin (n=80) çalışmaya dahil edilmesi uygun görüldü. KMSA olan sağlık çalışanlarının ağrı ile başa çıkma stratejilerini etkileyen bağımsız değişkenler, aşamalı-geriye doğru çıkarmalı (stepwise-backward elimination) Çoklu Regresyon Analiz Modeli ile analiz edilecektir. Bu analiz için etkileyen faktörlerin en az 5 katı kadar örneklem büyüklüğü önerilmektedir.

7. Bakılacak parametreler (tek tek ve açık olarak yazılmalıdır),

Ağrı ile baş etme stratejileri, Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile değerlendirilecektir. ABÖ, Kleinke tarafından ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koymak amacıyla 1992 yılında geliştirilmiş, Karaca ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, kronik ağrı hastalarının organik veya psikojenik ağrı ile başa çıkma biçimlerini değerlendirir. 29 maddelik, öz bildirim dayanan ölçek, 4'lü likert skalasında (0= hiçbir zaman, 3=sık sık) şeklinde yanıtlanmaktadır (Karaca, 1996).

Ağrı inançları, Ağrı İnançları Ölçeği ile değerlendirilecektir. AlÖ, Edwards ve ark tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 2 test alanından oluşmuştur: 8 maddelik organik inançlar ve 4 maddelik psikolojik inançlar şeklindedir. Katılımcılardan (1=hiçbir zaman) ile (6=her zaman) arasından kendileri için en uygun olanı seçmeleri istenir (Berk,2006).

Kinezyofobi, Tampa Kinezyofobi Skalası ile değerlendirilecektir. TKS, hareket/tekrar yaralanma korkusunu ölçmek için geliştirilmiş 17 soruluk bir ölçektir. Ölçek, iş ile ilişkili aktivitelerde, yaralanma/tekrar yaralanma ve korku-kaçınma parametrelerini içerir. Ölçekte 4 puanlık Likert puanlaması (1=Kesinlikle katılmıyorum, 4=Tamamen katılıyorum) kullanılmaktadır. 4,8,12 ve 16. maddenin ters çevrilmesinden sonra toplam puan hesaplanmaktadır. Kişiler, 17-68 arasında toplam skor almaktadır. Ölçekte kişinin aldığı puanın yüksek olması kinezyofobisinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

İş memnuniyeti, İş Tatmini Ölçeği ile değerlendirilecektir. Brayfield ve Rothe tarafından 1951 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formu 18 madde içermektedir. 1998 yılında, ölçeğin 5 maddelik kısa formu geliştirilmiştir ve bu form zaman içinde daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeğin 2019 yılında, Keser A. Ve Bilir B.Ö tarafından Türkçe



güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5 sorudan oluşmaktadır, ölçekte 5 maddelik Likert puanlaması (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) şeklindedir. 2 soru ters madde şeklinde oluşturulmuştur.

Kişilerin vücut farkındalıkları, Vücut Farkındalığı Anketi ile değerlendirilecektir. Vücut kompozisyonunun normal ya da normal olmayan duyarlılık düzeyini belirlemeyi amaçlayan dört alt gruptan (Vücut sürecindeki değişiklikler, uyku-uyanıklık döngüsü, hastalığın başlangıcında tahmin, vücut tepkileri tahmini) ve 7'li Likert sisteminde değerlendirilen 18 ifadeden oluşan bir sorgulamadır. Katılımcıdan her ifade için bir ile yedi arası rakamlarla puanlama yapması istenir. Puanlar 18 ile 126 arasında hesaplanır. Yüksek puan vücut duyarlılığının daha iyi olduğunu göstermektedir.

8. Parametrelere nerede ve kim tarafından bakılacağı,

Parametrelere, Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Hastanelerinde, Fzt. Ecenur Şirin tarafından bakılacaktır.

9. Araştırmada kullanılacak parametrelerden hangilerinin o hastalık grubu için rutin, hangilerinin araştırmaya özel istendiği,

Araştırmamızda değerlendirilecek parametrelerin hepsi araştırmaya özel olarak değerlendirilecektir.

10. Öngörülen çalışma süresi, başlangıç ve bitiş tarihleri,

Araştırmaya, Şubat 2021 tarihinde başlanması ve araştırmanın Aralık 2021 tarihinde bitirilmesi öngörülmektedir.

11. Araştırmaya dahil olma, araştırmaya almama ve araştırmadan çekilme kriterleri,

Dahil Edilme Kriterleri:

- Hayatının bir döneminde 3- 6 aydan uzun süreli KMSA deneyimi olması,
- 30-65 yaşları arasında olmak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi.

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Psikiyatrik hastalık tanısı varlığı,
- Malignite varlığı,
- Gebelik varlığı,
- Sistemik hastalıklar,
- Nörolojik kökenli ağrılı durumlar,
- Diyabet
- Akut ağrılı durumlar
- Kronik ağrı için devamlı ilaç kullananlar.



12. Araştırmaya son verme kriterleri,

Yeterli örneklem sayısına ulaşıldığında araştırmaya son verilecektir.

13. Çalışma kapsamında, yurt içi veya yurt dışındaki başka bir kuruma biyolojik materyal gönderilmesi planlanıyor mu? Açıklayınız.

Çalışma kapsamında, yurt içi veya yurt dışındaki başka bir kuruma biyolojik materyal gönderilmesi planlanmamaktadır.

14. Kaynaklar.

1. Ratini M. Chronic Pain Management. 2014
2. Babadağ B., Alparslan G.B., Güleç S. The Relationship Between Pain Beliefs and Coping with Pain of Algology Patients'. Pain Management Nursing, Vol 16, No:6 , 2015: pp 910-919.
3. Cavlak U., Aslan Baş U., Yağcı N., Altuğ F. Chronic Musculoskeletal Pain Management with Physiotherapy and Rehabilitation. Journal of Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics 2015;1(1):70-90.
4. West C.P., Dyrbye L.N., Rabatin J.T., Call T.G., Davidson J.H. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction and Professionalism, A Randomized Clinical Trial, American Medical Association. 2014.
5. Tunca Yılmaz Ö., Yakut Y., Uygur F., Uluğ N. (2011). Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin türkçe versiyonu ve test tekrar test güvenilirliği. Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi, 22(1), 44-49.
6. Keser A., Bilir B. İş Tatmini Ölçeğinin Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik çalışması. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2602-4314, Aralık-2019.
7. Shields SA, Mallory, ME, Simon A. The body awareness questionnaire reliability and validity. Journal of Personality Assessment 1989;53:802-15.

Çalışmaya katılan araştırmacıların isim ve imzaları:

F1286



Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Gizem İrem Kınıklı

Yardımcı Araştırmacı: Fzt. Ecenur şirin

F1286

EK 3. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcılar,

Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkmayı etkileyen faktörlerin incelenmesini amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarımızdan elde edilecek sonuçlarla kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarının sahip olduğu ağrı inançlarının ve ağrı ile başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi ve ağrı ile başa çıkma şeklini etkileyen faktörlerin ortaya konulmasını sağlamaktır. Böylece kronik kas iskelet sistemi ağrılarına bağlı fizyoterapi ve rehabilitasyon sürecinde hastalara önerilecek egzersiz programlarının, ağrı eğitimlerinin geliştirilmesinde fizyoterapistlere yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı:

Doç. Dr. Gizem İrem KINIKLI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.


Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

EK 4. Tez Çalışması Orijinallik Raporu Ekran Çıktısı



EK 5. Dijital Makbuz




Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Ecenur Şirdin
Odev başlığı:	KRONİK KAS İSKELET SİSTEMİ AĞRISI OLAN SAĞLIK ÇALIŞANL...
Gönderi Başlığı:	KRONİK KAS İSKELET SİSTEMİ AĞRISI OLAN SAĞLIK ÇALIŞANL...
Dosya adı:	GİK-ECE_TEZ_SON.docx
Dosya boyutu:	6.88M
Sayfa sayısı:	118
Kelime sayısı:	23,354
Karakter sayısı:	151,534
Gönderim Tarihi:	08-Şub-2023 09:42ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2009167993



Copyright 2023 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

EK 6. Değerlendirme Formu

DEĞERLENDİRME FORMU

KOD NO:

TARİH:

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
3. Boy: cm
4. Vücut Ağırlığı: kg
5. VKİ: kg/m²
6. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar
7. Eğitim Durumu: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Lisans e) Yüksek Lisans ve üstü
8. Mesleği: a) Doktor b) Fizyoterapist c) Hemşire d) Diyetisyen e) Sağlık Destek Personeli
9. Sigara Kullanımı: a) Var b) Yok
10. Alkol Kullanımı: a) Var b) Yok
11. Evde Beraber Yaşanılan Kişiler: a) Yalnız b) Eş, çocuk c) Ebeveyn d) Diğer
12. Sürekli İlaç Kullanımı: a) Yok b) Var
13. Vücudunuzun Hangi Bölümünde Kronik Muskuloskeletal Ağrı Yaşıyorsunuz? a) Baş-Boyun b) Sırt-Bel c) Kol-Omuz d) Dirsek-El e) Kalça-Bacak f) Diz-Ayak g) Diğer
14. Ne kadar süredir kronik muskuloskeletal ağrı şikayeti yaşıyorsunuz?
a) 3-6 ay b) 6 aydan fazla
15. Genellikle Yaşadığınız Ağrınızın Şiddeti Nedir? a) Hafif b) Orta
c) Şiddetli d) Çok Şiddetli e) Dayanılmaz
16. Çevrenizde ağrı deneyimleyen kişiler var mı? a) Evet b) Hayır
17. Size göre ağrınızın kontrolü kimdedir? a) Bende b) Doktorda c) Tanrıda d) Diğer
18. Özgeçmiş:
19. Soygeçmiş:
20. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Skoru:
21. Ağrı İnançları Ölçeği Skoru:
22. Tampa Kinezyofobi Skalası Skoru:
23. İş Tatmini Ölçeği Skoru:
24. Vücut Farkındalığı Anketi Skoru:

EK 7. Anketler

AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

İnsanlar yaşamlarında bazı rahatsızlıklarla karşılaşır. Biz insanların rahatsızlıklar karşısında nasıl davrandığını öğrenmek ve kendilerine bu konuda yardımcı olmak istiyoruz. Siz ağrınız olduğunda neler düşünür, hangi duyguları yaşar ve nasıl davranırsınız? Size en uygun cevabı işaretleyiniz.

Ağrım olduğunda

1. Yatağımda uzanırım yada uyurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
2. Arkadaşlarım, ailem ya da eşimle konuşurum, telefonda birisiyle konuşurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
3. İşime veya ev işine dikkatimi veririm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
4. Germe yada esneklik sağlayıcı hareketler yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
5. Sıcak bir duş alırım yada banyo yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
6. Yürüyüşe çıkarım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
7. Hoşlandığım bazı şeyleri yaparım.(Özel zevkler)
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
8. Başkaları ile birlikte olmaya çalışırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
9. Ağrımın olmadığını hayal ederim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
10. Sakinleştirici ilaç alırım (diazem, librium v.b.).
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
11. Ben-Gay, Naprosyn gibi bir ağrı merhemi kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
12. Kendi başıma, yalnız kalırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
13. Isıtıcı yada soğutucu torba (termofor, havlu) kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık

14. Ağrının bana verdiği ızdıraba dikkat kesilirim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
15. Derin nefes alıp vererek gevşemeye çalışırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
16. Magazin dergisi, gazete veya kitap okurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
17. Olumlu özelliklerim üzerinde düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
18. Askı veya bileklik gibi destek kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
19. (Doktor reçetesi ile) uyuşturucu ağrı kesiciler (morfin, kodein) alırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
20. Televizyon izlerim veya radyo dinlerim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
21. Ağrıyan kısmımı yükseğe kaldırırım veya destek olarak yastık kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
22. Başka şeyleri düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
23. Rahatlatıcı müzik dinlerim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
24. Ağrılarım ne kadar şiddetli diye düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
25. Ağrıya daha fazla dayanamayacağımı düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
26. Başkalarından yardım ve destek isterim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
27. Hoşlandığım bir şeyler yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
28. Kendimi kötü hissederim ve ağlarım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
29. Benden daha kötü durumdaki insanları düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık

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. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu (Toplam puan 17-68).

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (*her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz*). *Teşekkür ederiz.*

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrının olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İş Tatmini Ölçeğinin Maddeleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Şu anki işimden oldukça memnunum.	1	2	3	4	5
2. Çoğu günler işime hevesle giderim.	1	2	3	4	5
3. İşteki her günüm bitmeyecekmiş gibi gelir. (Ters Madde)	1	2	3	4	5
4. İşimi eğlenceli bulurum.	1	2	3	4	5
5. İşimin tatsız olduğunu düşünürüm. (Ters Madde)	1	2	3	4	5

VÜCUT FARKINDALIĞI ANKETİ

Aşağıdaki ifadelerde insanların kendileriyle ilgili hissettikleri bazı durumlar listelenmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra ifadenin solundaki boşluğa ifadenin sizin için hangi derecede doğru olduğunu 1'den 7'ye kadar değerlendirerek numarayı yazınız. Doğru veya yanlış cevaplar yoktur. En doğru cevap ifadenin sizin tecrübenize uygunluğunu dürüstçe yansıtır.

Benim için hiç doğru değil

Benim için tamamen doğru

1 2 3 4 5 6 7

1. Vücudumun çeşitli yiyeceklere verdiği tepkilerdeki farklılığı anlarım.
2. Bir yerimi çarptığımda berelenme olup olmayacağını her zaman söyleyebilirim.
3. Kendimi ertesi gün ızdırap duyacak kadar fiziksel olarak zorlayıp zorlamadığımı her zaman bilirim.
4. Bazı yiyecekleri yediğim zaman enerji düzeyimdeki değişimleri her zaman fark ederim.
5. Grip olacağımı önceden anlarım.
6. Dereceyle ölçmeden ateşimin olduğunu bilirim.
7. Açlıktan kaynaklanan yorgunluk ile uykusuzluktan kaynaklanan yorgunluk arasındaki farkı ayırt edebilirim.
8. Uykusuzluğun beni günün hangi saatinde etkileyeceğini doğru tahmin edebilirim.
9. Gün boyunca aktivite düzeyimdeki değişikliklerin farkındayım.
- *10. Vücut fonksiyonlarımdaki mevsimsel ritim ve döngüleri fark etmiyorum.
11. Sabah uyanır uyanmaz gün boyunca ne kadar enerjim olacağımı bilirim.
12. Yatağa gittiğimde o gece ne kadar iyi uyuyacağımı söyleyebilirim.
13. Yorgun olduğumda vücudumdaki belirgin tepkileri fark ederim.
14. Hava değişikliklerine karşı vücudumun verdiği tepkileri fark ederim.
15. Dinlenmiş bir şekilde uyanmak için gece ne kadar uyumam gerektiğini tahmin edebilirim.
16. Egzersiz alışkanlıklarım değiştiğinde enerji düzeyimin nasıl etkileneceğini tahmin edebilirim.
17. Benim için gece uyumaya gitmenin belli bir uygun zamanı vardır.
18. Aşırı açlık durumundaki özel vücut tepkilerimi fark ederim

*=ters skorlanan madde

EK 8. Tezden Üretilmiş Poster Sunumu



www.dergipark.gov.tr/tjpr
Volume/Cilt 32, Number/Sayı 3, 2021

ISSN: 2651-4451 • e-ISSN: 2651-446X

Sahibi (Owner)
Türkiye Fizyoterapistleri Derneği
adına
(On Behalf of Turkish Physiotherapy Association)
Tülin DÜGER

Editör ve Yazı İşleri Müdürü
(Editor in Chief and Managing Editor)
H. Serap İNAL

TÜRKİYE FIZYOTERAPİSTLER DERNEĞİ'nin
bilimsel yayın organı ve yaygın süreli yayımıdır.
(The official scientific journal of Turkish Physiotherapy
Association)

*"Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi"; Web
of Science (WOS)-Emerging Sources Citation Index
(ESCI), Cumulative Index to Nursing and Allied
Health Literature (CINAHL), EBSCO, Excerpta
Medica (EMBASE), Türkiye Atıf Dizini ve Ulakbim
Türk Tıp Dizini (TR Dizin)'nde yer almaktadır.

*"Turkish Journal of Physiotherapy and
Rehabilitation" is listed in Web of Science (WOS)-
Emerging Sources Citation Index (ESCI), Cumulative
Index to Nursing and Allied Health Literature
(CINAHL), EBSCO, Excerpta Medica (EMBASE),
Turkey Citation Index and Ulakbim TR Medical Index
(TR Dizin).

*"Açık Erişim Dergi" yılda 3 kez (Nisan, Ağustos, Aralık)
yayınlanır.
Open Access Journal published 3 times (April, August,
December) a year.

CC BY-NC

Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi Atıf-
GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC 4.0) ile
lisanslanmıştır.
Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation
is licensed under a Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

Yönetim Yeri Adresi (Administration Address)
Türkiye Fizyoterapistler Derneği
Genel Merkezi
Adres: [Redacted]
Telefon : [Redacted]
Faks : [Redacted]
Gsm : [Redacted]

Tasarım (Design)
Merdiven Reklam Tanıtım
[Redacted]

Baskı (Printing)
Merdiven Reklam Tanıtım
[Redacted]
Tel: [Redacted]

Dergi Basım Tarihi: 21.12.2021

Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation

Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi

Yayın Kurulu (Editorial Board)

Editör (Editor)

Prof. Dr. H. Serap İNAL İstinye Üniversitesi

Önceki Editörlerimiz (Previous Editors)

Dr. Nihal Şimşek	1974-Mart 1985	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Sade	Nisan 1985-Mart 1999	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Yavuz Yakut	Nisan 1999-Mart 2013	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Karaduman	Nisan 2013-Mart 2017	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz İnal İnce	Nisan 2017-Mart 2021	Hacettepe Üniversitesi

Alan Editörleri (Associate Editors)

Prof. Dr. Nilgün Bek	Lokman Hekim Üniversitesi
Prof. Dr. Filiz Can	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. İlkin Çıtak Karakaya	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap Malkoç	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Feryal Subaşı	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Emine Handan Tüzün	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Nuray Alaca	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Doç. Dr. Ender Angın	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Selen Serel Arslan	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Öznur Büyükturan	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Buran Çırak	İstinye Üniversitesi
Doç. Dr. Tuğba Kuru Çolak	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr. Numan Demir	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Arzu Erden	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Doç. Dr. Zeynep Hoşbay	Biruni Üniversitesi
Doç. Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Doç. Dr. Rüstem Mustafaoğlu	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Doç. Dr. Seher Özyürek	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Sevtap Günay Uçurum	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Doç. Dr. Gül Deniz Yılmaz Yelvar	İstinye Üniversitesi
Doç. Dr. Sevgi Sevi Subaşı Yeşilyaprak	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Numanoğlu Akbaş	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülay Aras Bayram	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Pınar Kaya Ciddi	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Dilber Karagözoğlu Coşkunsoy	Fenerbahçe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Meltem Yazıcı Gülay	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Dr. Fzt. Cemil Özal	Hacettepe Üniversitesi

Teknik Editörler (Technical Editors)

Dr. Öğr. Üyesi Elif Develi	Yeditepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ceyhan Türkmen	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Dr. Fzt. Tansu Birinci	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Dr. Fzt. Özge Çankaya	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Uzm. Fzt. Deniz Tuğyan Ayhan	Kapadokya Üniversitesi
Uzm. Fzt. Pınar Bağtürk	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Uzm. Fzt. Çiçek Günday	İstinye Üniversitesi
Uzm. Fzt. Kübra Köçe	İstinye Üniversitesi
Uzm. Fzt. Merve Kurt	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Uzm. Fzt. Şule Okur	İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Uzm. Fzt. Cengiz Taşkaya	Muş Alparslan Üniversitesi eklenecek
Uzm. Fzt. Atahan Turhan	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Uzm. Fzt. Yunus Emre Tütüneken	İstinye Üniversitesi
Uzm. Fzt. Pınar Van Der Veer	İstinye Üniversitesi
Uzm. Fzt. Uğur Verap	Dokuz Eylül Üniversitesi
Uzm. Fzt. Semiha Yenişehir	Muş Alparslan Üniversitesi

Biyoistatistik Editörleri (Biostatistics Advisors)

Prof. Dr. Ahmet Uğur Demir	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Jale Karakaya	Hacettepe Üniversitesi

Ulusal Danışma Kurulu (National Advisory Board)

Prof. Dr. Candan Alğun	İstanbul Medipol Üniversitesi
Prof. Dr. Berna Arda	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Ankan	Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Salih Angın	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Prof. Dr. Erkut Attar	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Akbayrak	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Erhan Akdoğan	Yıldız Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Duygun Erol Barkana	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Kezban Bayramlar	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Prof. Dr. Sinan Bektaş	Hacettepe Üniversitesi

Purpose: Telerehabilitation is the provision of rehabilitation to patients and clinicians independently of distance, time, and costs factors through information and communication technologies. The COVID-19 pandemic has caused telerehabilitation to be popular. This review was aimed to examine the use of telerehabilitation, practices, and physiotherapists' attitude towards telerehabilitation during the pandemic process.

Methods: Keywords were entered into Pubmed, Google Scholar and Scopus databases and relevant articles published between January 2020 and April 2021 were reviewed.

Results: Telerehabilitation during the pandemic was used to maintain health, reduce/prevent musculoskeletal disorders in healthy individuals; to improve cardiopulmonary functions and strengthen muscles in the acute and post-discharge period; to protect/improve existing functionality those with chronic diseases (breast cancer, Duchenne Muscular Dystrophy, coronary heart disease, neurological diseases, chronic respiratory diseases, fibromyalgia, etc.). Telerehabilitation is performed synchronously or asynchronously via videoconferencing, telephone, e-mail, virtual reality systems, and mobile applications. Some evaluations and exercise programs are applied via telerehabilitation. Exercise programs include breathing, aerobics, stretching, and strengthening exercises. Telerehabilitation practices in the pandemic appear as one-session informative training/exercise workshops and treatment programs lasting 3 to 8 weeks. Physiotherapists develop a positive attitude towards telerehabilitation during the COVID-19 pandemic and have willingness. However, telerehabilitation requires technological infrastructure, patients' attitudes towards telehealth applications, patient's potential and security problems reduce its applicability.

Conclusion: Telerehabilitation can be a safe and convenient alternative to face-to-face rehabilitation. Telerehabilitation practices, which will include remote rehabilitation assessment as well as treatment, should be developed. Under the guidance of studies that diversify telerehabilitation practices in different patient groups, it can be ensured that the individual goes through the pandemic process with the least functional decline.

Keywords: COVID-19; Telerehabilitation.

P21

Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında yapılan doktora tezlerinin değerlendirilmesi

Gülçin URUŞ¹, M. Kemal DOĞAN²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Çekerek Fuat Oktay Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yozgat.

²Yozgat Bozok Üniversitesi, Çekerek Fuat Oktay Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Yozgat.

Amaç: Bu çalışmada, fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında 2019-2021 yılları arasında yapılan doktora tezlerini; yapıldığı yıllara, üniversitelere, çalışma konularına göre sınıflandırarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında 2019 yılından 2021 yılına kadar yapılan doktora tezlerinin ele alındığı bu çalışmada tezler; yapıldığı yıl, üniversite ve çalışma konusuna göre değerlendirilmiştir. Araştırmada, doküman incelemesi modeli kullanılmıştır. Çalışmanın verileri, Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi veri tabanından kavram ve anabilim dalı düzeyinde tarama yapılarak elde edilmiştir. Konu taramasında, "Fizyoterapi ve Rehabilitasyon" kelimeleri kullanılmış; tez türü "Doktora", yıl bölümü "2019-2021" olarak seçilmiştir.

Sonuçlar: Taramalar sonucunda ilgili parametreleri sağlayan 132 doktora tezi içerisinde, en fazla çalışmanın sırasıyla ortopedik rehabilitasyon (f=49), nörolojik rehabilitasyon (f=30), pediatrik rehabilitasyon (f=17), kardiyopulmoner rehabilitasyon (f=13), kadın sağlığında fizyoterapi (f=7), geriatric rehabilitasyon (f=7), protez-ortez (f=4), genel fizyoterapi (f=2), romatolojik rehabilitasyon (f=2) ve sporda fizyoterapi (f=1) alanlarında yapıldığı belirlenmiştir. En fazla doktora tezi çalışmasının Hacettepe Üniversitesinde yapıldığı (f=48), ortopedik rehabilitasyon alanında en çok doktora tezi yapılan üniversitenin ise Hacettepe Üniversitesi (f=49) olduğu görülmüştür.

Tartışma: Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında 2019 yılından 2021 yılına kadar yapılan doktora tezleri incelendiğinde fizyoterapistler tarafından en çok ortopedik rehabilitasyon, en az sporda fizyoterapi alanında çalışma yapıldığı belirlenmiştir. İlgili yıllarda en çok doktora tezi yapılan üniversitenin Hacettepe Üniversitesi olduğu görülmüş,

ortopedik rehabilitasyon alanında en fazla doktora tezi çalışmasının ise yine Hacettepe Üniversitesinde yapıldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fizyoterapi ve rehabilitasyon; Lisansüstü tezler; Yüksek öğretim kurulu ulusal tez merkezi.

Evaluation of doctoral theses in the field of physiotherapy and rehabilitation

Purpose: In this study, physiotherapy and rehabilitation between 2019-2021 with the doctoral thesis; it was aimed to classify and evaluate it according to the years, universities and study subjects.

Methods: In this study, where doctoral theses in the field of Physiotherapy and rehabilitation 2019-2021 were discussed, the theses were; the year it was evaluated according to the university and the subject of study. In the research, document analysis model was used. The data of the study were obtained from the database of the YOK National Thesis Center. In the subject search, the words "Physiotherapy and Rehabilitation" were used; thesis type has been selected as "Doctorate" and the year section as "2019-2021".

Results: Consequently, it was determined that among 132 doctoral theses that provided the relevant parameters, the most studies were done in the fields respectively orthopedic rehabilitation (f=49), neurological (f=30), pediatric (f=17), cardiopulmonary (f=13), women's health (f=7), geriatric (f=7), prosthesis-orthosis (f=4), general physiotherapy (f=2), rheumatological (f=2) and physiotherapy in sports (f=1). It was observed that the highest number of doctorate thesis studies were conducted at Hacettepe University (f=48) and the university with the highest number of doctoral dissertations in the field of orthopedic rehabilitation was Hacettepe University (f=49).

Conclusion: When the thesis in the field of Physiotherapy and Rehabilitation 2019-2021 were examined, it was determined that physiotherapists mostly worked in orthopedic rehabilitation and least in sports. It was seen that the university with the most number of doctoral dissertations in the relevant years was Hacettepe University, and it was determined that the highest number of doctoral thesis studies in the field of orthopedic were carried out at Hacettepe University.

Keywords: Physiotherapy and rehabilitation; Postgraduate theses; The council of higher education national thesis center.

P23

Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında ağrı ile başa çıkma stratejileri, vücut farkındalığı ve iş memnuniyeti arasındaki ilişki: pilot çalışma

Ecenur ŞİRİN¹, G. İrem KINIKLI²

¹Bayındır Hastanesi Soğütözü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara.

²Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kas İskelet Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara.

Amaç: Bu çalışmanın amacı kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı ile başa çıkma stratejileri, vücut farkındalığı ve iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırmaya, Bayındır Hastanesi Soğütözü ve Kavaklıdere şubelerinde çalışan, primer hasta tedavisi ve bakımında yer alan, 3-6 aydan uzun süreli kronik ağrısı olan, 30-65 yaşları arasında, doktor, hemşire ve sağlık destek personeli çalışanları arasından 20 kişi dahil edildi. Katılımcıların ağrı ile başa çıkma stratejileri Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile, vücut farkındalıkları Vücut Farkındalığı Anketi ile, iş memnuniyeti İş Tatmini Ölçeği ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Dağılımları 9 doktor, 8 hemşire ve 3 sağlık destek personeli şeklinde olan 20 katılımcının ağrı ile başa çıkma stratejileri ile vücut farkındalığı skorları arasında ters yönde, orta güçte, anlamlı bir ilişki bulundu (r=-0,498; p=0,026). İş tatmini ile ağrı ile başa çıkma stratejileri ve vücut farkındalığı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (r=0,134; p=0,574), (r=0,246; p=0,295).

Tartışma: Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmada, vücut farkındalığı arttıkça, ağrı ile başa çıkma stratejilerinin daha iyi geliştirilebildiği gözlemlendi. Daha sonra yapılacak çalışmalarda, sağlık çalışanlarının kronik kas iskelet sistemi ağrıları ile başa çıkabilmeleri için vücut farkındalığını arttıran egzersizlerin etkinliğinin incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı; Ağrı ile başa çıkma; Vücut farkındalığı.

The relationship between pain coping strategies, body awareness and job satisfaction in healthcare professionals with chronic musculoskeletal pain: a pilot study

Purpose: The aim of this study is to reveal if there is a significant relationship between pain coping strategies, body awareness and job satisfaction in healthcare workers with chronic musculoskeletal pain.

Methods: 20 subjects from among doctors, nurses and health support personnel, who work at Bayındır Hospital Söğütözü and Kavaklıdere, and who are involved in the patient treatment, aged 30-65 years, with chronic pain for longer than 3-6 months, were included the study. Pain coping strategies assessed with Pain Coping Scale, body awareness assessed with Body Awareness Scale and job satisfaction assessed with Job Satisfaction Scale.

Results: A total of 20 subjects included 9 doctors, 8 nurses and 3 health support personnel. When it is established there is negative way, medium power and significant correlation between pain coping strategies and body awareness scores ($r = -0.498$; $p = 0.026$). There isn't significant correlation between job satisfaction and pain coping strategies and body awareness scores ($r = 0.134$; $p = 0.574$), ($r = 0.246$; $p = 0.295$).

Conclusion: In this study conducted on healthcare professionals, it was observed that as body awareness increased, pain coping strategies could be developed better. In future studies, we think that the effectiveness of exercises that increase body awareness should be examined in order to cope with chronic musculoskeletal pain.

Keywords: Chronic pain; Coping with pain; Body awareness.

P24

COVID-19 pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinin internet tabanlı uzaktan eğitime harcadıkları zaman ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki

Nilay ŞAHAN¹, M. Akif GÜLER²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Yozgat.

²Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Anestezi Bölümü, Yozgat.

Amaç: Bu çalışma, COVID-19 pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinin internet tabanlı uzaktan eğitime harcadıkları zaman ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiyi sorgulamak için planlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan bu çalışmaya Yozgat Bozok Üniversitesi'nde eğitim gören yaşları 18-25 arasında değişen 102 öğrenci katıldı. Değerlendirmeler "Google Forms" uygulaması kullanılarak hazırlanan anket formu bağlantı linki paylaşılarak gerçekleştirildi. Öğrencilerin yaş, Vücut Kütle İndeksi (VKİ), egzersiz alışkanlıkları ve uzaktan eğitime harcadıkları zaman soruldu, fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya katılan öğrencilerinin 65'ini kadın, 37'sini erkek bireylerdi. Yaş ortalamaları 19,82(1,3) yıl, VKİ'leri 22,09(3,1) kg/m², günlük uzaktan eğitim süresi 5,57(2,03) saattir. Öğrencilerin %47'sinin egzersiz alışkanlığı varken %53'ünün egzersiz alışkanlığı yoktu. Kısa Form Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketine göre üniversite öğrencilerinin %25,4'ü düşük, %52,9'u orta ve %21,5'i de yüksek fiziksel aktivite seviyesine sahipti. Uzaktan eğitime harcanan zaman ile fiziksel aktivite düzeyi arasında yapılan korelasyon analizine göre iki değerlendirme parametresi arasında ilişki olmadığı ortaya çıktı ($r = -0,022$; $p > 0,05$).

Tartışma: Birçok çalışma, internet kullanımını düşük fiziksel aktiviteyle ilişkilendirse de bu konuda görüş ayrılıkları da bulunmaktadır. Pandemi koşullarından dolayı zorunlu olarak gerçekleştirilen uzaktan eğitime bağlı olarak internet kullanımının kısa süreli etkilerinin değerlendirildiği kesitsel çalışmamızın daha geniş çaplı araştırmalara destek olacağını ve bu konuda çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; Fiziksel aktivite; Öğrenci; Uzaktan eğitim.

The relationship between the time spent by university students on internet-based distance education and their physical activity levels during the COVID-19 pandemic

Purpose: This study was planned to question the relationship between the time spent by university students on internet-based distance education and their physical activity levels during the COVID-19 pandemic.

Methods: 102 students aged between 18-25, studying at Yozgat Bozok University, participated in this cross-sectional study. Evaluations were made by sharing the link of the questionnaire form prepared using the "Google Forms" application. Students' age, Body Mass Index (BMI), exercise habits and time spent on distance education were asked, their physical activity levels were evaluated with the International Physical Activity Questionnaire Short Form.

Results: Of the students participating in the study, 65 were female and 37 were male. Their mean age was 19.82(1.3) years, BMI was 22.09(3.1) kg/m², and daily distance education duration was 5.57(2.03) hours. While 47% of the students had exercise habits, 53% did not. According to the Short Form International Physical Activity Questionnaire, 25.4% of the university students had low, 52.9% had medium and 21.5% had high levels of physical activity. According to the correlation analysis between the time spent on distance education and the level of physical activity, it was revealed that there was no relationship between the two evaluation parameters ($r = 0.022$; $p > 0.05$).

Conclusion: Although many studies associate internet use with low physical activity, there are also differences of opinion on this issue. We think that our cross-sectional study, which evaluates the short-term effects of internet use due to distance education, which is compulsory due to pandemic conditions, will support wider research and shed light on this issue.

Keywords: COVID-19; Physical activity; Student; Distance education.

P25

COVID-19 pandemi döneminde uzaktan ve yüz yüze eğitim alan üniversite öğrencilerinde akademik motivasyon, mental sağlık ve fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması

Sevtap GÜNAY UÇURUM¹, Sevinç AKDENİZ², Aynur ŞAHİN², Derya ÖZER KAYA¹

¹Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir.

²Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir.

Amaç: COVID-19 pandemisinin neden olduğu ani kısıtlamaların en çok etkilediği alanlardan biri eğitim sistemi ve öğrenciler oldu. Bu çalışmanın amacı, pandemi döneminde uzaktan ve yüz yüze eğitim alan üniversite öğrencilerinde akademik motivasyon, mental sağlık ve fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmamıza uzaktan eğitim alan 91 (yaş: 20,33(1,82) yıl, boy: 167,08(8,86) cm, kilo: 61,41(12,08) kg) ve yüz yüze eğitim alan 110 (yaş: 20,13(0,98) yıl, boy: 167,62(8,12) cm, kilo: 62,20(13,32) kg) üniversite öğrencisi dâhil edildi. Öğrencilerin akademik motivasyonları Akademik Güdülenme Ölçeği, mental sağlıkları Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ile değerlendirildi. İki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Sonuçlar: Akademik motivasyon (uzaktan: 65,64(13,17); yüz yüze: 72,49(59,39); $p = 0,629$) ve mental sağlık (uzaktan: 20,40(12,88); yüz yüze: 18,17(9,57); $p = 0,335$) parametrelerinde iki grup arasında fark bulunmadı. Uzaktan eğitim alan öğrencilerin oturma sürelerinin (9,30(6,68) saat) yüz yüze eğitim alanlara (7,01(2,98) saat) göre daha yüksek olduğu ($p = 0,001$), fiziksel aktivite düzeylerinin (1587,82(1461,364) MET-dk/hafta) yüz yüze eğitim alan öğrencilere (1978,98(1635,162) MET-dk/hafta) göre daha düşük olduğu görüldü ($p = 0,023$).

Tartışma: COVID-19 pandemisi döneminde ön plana çıkan uzaktan eğitim ile yüz yüze eğitim arasında akademik motivasyon ve mental sağlık açısından bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak uzaktan eğitim alan öğrencilerin oturma sürelerinin azaltılması ve fiziksel aktivite düzeylerinin artırılmasına yönelik planlama yapılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akademik motivasyon; COVID-19, Fiziksel aktivite; Uzaktan eğitim.

Comparison of academic motivation, mental health and physical activity levels of university students receiving distance and face-to-face education during the COVID-19 pandemic period

Purpose: One of the areas most affected by the sudden restrictions caused by the COVID-19 pandemic was the education system and

Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrısı Olan Sağlık Çalışanlarında Ağrı ile Başa Çıkma Stratejileri, Vücut Farkındalığı ve İş Memnuniyeti Arasındaki İlişki: Pilot Çalışma

Ecenur ŞİRİN¹, Gizem İrem KINIKLI²

¹Bayındır Hastanesi Söğütözü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kas İskelet Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan sağlık çalışanlarında, ağrı ile başa çıkma stratejileri, vücut farkındalığı ve iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya, Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Kavaklıdere şubelerinde çalışan, primer hasta tedavisi ve bakımında yer alan, 3-6 aydan uzun süreli kronik ağrısı olan, 30-65 yaşları arasında, doktor, hemşire ve sağlık destek personeli çalışanları arasından 20 kişi dahil edildi. Katılımcıların ağrı ile başa çıkma stratejileri Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği ile, vücut farkındalıkları Vücut Farkındalığı Anketi ile, iş memnuniyeti İş Tatmini Ölçeği ile değerlendirildi.

Korelasyon		vücut farkındalığı ölçeği total skoru
ağrı ile başa çıkma ölçeği total skoru	r	-.498*
	p	.026

Korelasyon			
		vücut farkındalığı ölçeği total skoru	ağrı ile başa çıkma ölçeği total skoru
iş tatmini ölçeği skoru	r	.134	.246
	p	.574	.295

SONUÇLAR

Dağılımları 9 doktor, 8 hemşire ve 3 sağlık destek personeli şeklinde olan 20 katılımcının ağrı ile başa çıkma stratejileri ile vücut farkındalığı skorları arasında ters yönde, orta güçte, anlamlı bir ilişki bulundu ($r = -0,498$; $p = 0,026$). İş tatmini ile ağrı ile başa çıkma stratejileri ve vücut farkındalığı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($r = 0,134$; $p = 0,574$), ($r = 0,246$; $p = 0,295$).

TARTIŞMA

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmada, vücut farkındalığı yükseldikçe, ağrı ile başa çıkma stratejilerinin daha iyi geliştirilebildiği gözlemlendi. Daha sonra yapılacak çalışmalarda, sağlık çalışanlarının kronik kas iskelet sistemi ağrıları ile başa çıkabilmeleri için vücut farkındalığını arttıran egzersizlerin etkinliğinin incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.



9. ÖZGEÇMİŞ