

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Polikliniği'ne başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve ağrı prevalansı

Sociodemographic properties and pain prevalence of patients applying to the Algology Department polyclinic of Adnan Menderes University Medical Faculty

Pınar Ünde AYVAT,¹ Osman Nuri AYDIN,² Mustafa OĞURLU¹



Özet

Amaç: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve ağrı durumlarının, dünyada yapılmış diğer ağrı çalışmaları ile benzerliklerini ve farklılıklarını ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 1 Ocak 2006-31 Aralık 2007 tarihleri arasında algoloji polikliniğimize başvuran 772 yeni hastanın sonuçlarını içermektedir. Polikliniğimizde hastalara, "Ağrı Değerlendirme Formu"ndaki sorular sorulmakta ve bilgiler bu forma kaydedilmektedir. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, medeni hal, öğrenim ve ekonomik durumu gibi demografik özellikleri forma işlenmektedir. Detaylı ağrı anamnezi için ağrının yeri, niteliği, başlangıç zamanı, atak süresi, sıklığı, şiddeti, ağrıya eşlik eden semptomlar, bu ağrılı hastalık nedeniyle daha önce aldığı ilaçlar ve uygulanan tedaviler, sorgulanmakta ve ağrı değerlendirme formuna kaydedilmektedir.

Bulgular: En sık ağrı şikâyetinin bel, omuz ve baş bölgesinden kaynaklandığı görüldü. Hastalara en sık bel, muskuloskeletal ve baş ağrısı tanısı konuldu. İlk başvuruda ortalama VAS değeri 7.3 idi. Hastaların ağrıları genellikle sızlama, zonklama niteliğindedi ve %73'ünün kronik ağrısı vardı. Ağrıya en sık halsizlik, bulantı-kusma ve uykusuzluk eşlik ediyordu. Hastaların %58'i önceden ilaç tedavisi almıştı. En sık ilaç tedavisi ve beraberinde invaziv girişimler uygulandığı görüldü.

Sonuç: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilinmesi ve tedaviye yanıtın yakın takibi önemlidir. Uygun farmakolojik tedavi yetersizse, ihtiyaç duyulan invaziv yöntemler deneyimli doktorlarca uygulanmalıdır. Uygulanan yöntemlerin hasta ve yakınlarına anlatılması tedavinin başarısını artırır.

Anahtar sözcükler: Ağrı polikliniği; kronik ağrı; prevalans; sosyodemografik özellikler.

Summary

Objectives: To investigate the differences and similarities of sociodemographic properties and pain conditions of patients seen at our institution compared to other studies conducted throughout the world.

Methods: Our study included the results of 772 patients who applied to our polyclinic between 1 January 2006 and 31 December 2007. In our polyclinic, all patients are queried with respect to the items contained on the "Pain Assessment Form" before the diagnosis and their answers are recorded. Their demographic characteristics, such as age, gender, occupation, marital status, education, and economic status, are also recorded on the forms. For the detailed pain anamnesis, the following factors are questioned and recorded on the pain assessment form: the location, quantity and starting time of pain, its period, the factors that increase and decrease the pain, duration of pain, and prior medication.

Results: The most frequent complaints were in the low back, shoulder and head. The three most frequent diagnoses were low back pain, musculoskeletal pain and headache. Visual analogue scale (VAS) value was found to be 7.3. Seventy-three percent of patients suffered from chronic pain. Pain was mostly accompanied by weakness, muscle weakness, insomnia, nausea, and vomiting. The most frequent treatments were medical treatments along with invasive pain therapy.

Conclusion: Knowledge of sociodemographic characteristics and close investigation of patients' responses to the treatments are important. When medical treatment is insufficient, invasive pain treatment should be administered by an experienced pain therapy practitioner. Informing patients and their relatives about the applied treatment may increase treatment success.

Anahtar sözcükler: Pain polyclinic; chronic pain; prevalence; sociodemographic characteristics.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Anesteziyoloji Anabilim Dalı, ²Algoloji Bilim Dalı, Aydın

Departments of ¹Anesthesiology, ²Algology, Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Aydın, Turkey

Başvuru tarihi - 26 Temmuz 2009 (Submitted - July 26, 2009) Düzeltme sonrası kabul tarihi - 4 Ocak 2010 (Accepted after revision - January 4, 2010)

İletişim (Correspondence): Dr. Osman Nuri Aydın. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı, 09100 Aydın, Turkey.

Tel: +90 - 256 - 444 12 56 / 529 **e-posta (e-mail):** onaydin@superonline.com

Giriş

Geçmişte sadece çeşitli hastalıkların bir bulgusu olarak kabul edilen ağrı, özellikle kronik ağrı artık başlı başına bir hastalık ve sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır. Ağrı konusundaki epidemiyolojik çalışmalar, toplumun ne kadarının ağrıdan yakındığını, ağrının yaş, cinsiyet, ırk ve toplumsal farklılıkla ortaya çıkışını araştırmaktadır. Ağrı prevalansı ile ilgili çalışmalarda sonuçlar büyük farklılık göstermektedir. Farklılık ağrının tanımı, çalışma kapsamındaki ağrı tipleri ve nitelendirilmeden kaynaklanabilmektedir. Ağrı, tek boyutlu veya çok boyutlu ölçüm yöntemleri kullanılarak ölçülebilir. Tek boyutlu yöntemler ile daha çok ağrının şiddeti ve ağrı azalışı ölçülür.^[1] Bu yöntemlerin başlıcaları: Vizüel analog skala (VAS), sözel ağrı skalası (*verbal pain scale*=SAS=VPS), sayısal ağrı skalası'dır (*numeric rating scale*=NRS). Çok boyutlu yöntemler ağrının şiddeti yanında diğer boyutlarının da ölçülmesine olanak sağlar.

Hekimin en sık karşılaştığı yakınmaların başında gelen baş ağrısı, hem bir hastalık tablosu (primer baş ağrısı), hem de bir belirti (sekonder baş ağrısı) olarak ele alınmalıdır. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği tarafından 2004 yılında yayınlanan sınıflamaya göre tabloda yer alan ilk dört birincil baş ağrısı, migren, gerilim baş ağrısı, küme baş ağrısı, diğer birincil baş ağrısıdır.^[2]

Bel ağrısı, dünya nüfusunun en az %85'inin hayatlarında en az bir defa geçirdikleri bir sendromdur.^[3] En sık karşılaşılan bel ağrıları, lomber disk hastalıkları, faset eklem dejenerasyonu, spinal dar kanal, spondilolizis, spondiloliztezis, sakroiliyak eklem (SİE) disfonksiyonu ve miyofasyal hastalık olarak sayılabilir.

Nöropatik ağrı, sinir sisteminin herhangi bir bölümünün hasarı veya disfonksiyonundan, periferik sinir sisteminden ya da santral sinir sisteminden kaynaklanabilir. Kompleks bölgesel ağrı sendromu (CRPS), vücudun bir bölgesinde (sıklıkla bir ekstremitede) sempatik sinir sisteminin fonksiyon bozukluğu ve şiddetli nöropatik veya nosiseptif ağrı ile karakterize klinik bir durumdur. CRPS birbirinden farklı iki durumu içerir: CRPS I, refleks sempatik distrofi'yi (RSD), CRPS II kozaljiyi tanımlar.^[4] Keskin, yanıcı, batıcı ya da elektrik çarpması şeklinde ağrı ile beraber dizestezi, allodini, hiperaljezi, temporal sumasyon ve hiperpati gibi uyarılara kar-

şı değişmiş yanıtlar bulunur.^[5] Tedavi, fonksiyonların geri kazandırılması üzerine kurulmuş ve farmakolojik ajanlar, sinir blokları ve psikoterapinin birleşiminden oluşur.^[4,6,7] Üst ekstremité için sempatik stellat ganglion blokajı, alt ekstremité için lomber sempatik blokaj uygulanmaktadır.^[8,9]

Herpes zoster, varisella zoster virüsünün spinal sinirlerin arka kök ganglionunu etkilediği akut enfeksiyöz bir hastalıktır. Herpes zosterli hastalarda ağrı, 4-6 hafta devam ediyorsa postherpetik nevralji (PHN) tanısı koyulmaktadır. Sürekli yanıcı ve bıçak saplanır şeklindeki ağrı ile birlikte parestezi ve dizestezi olabilir. PHN'de medikal tedavi yanında, lokal anestezikler, TENS, omurilik veya derin beyin stimülasyonu, dorsal rizotomi, sempatektomi, dorsal kök lezyonu invaziv ağrı sağaltım seçenekleridir. Akut herpes zoster tedavisinde, lokal anestetik ve steroidle yapılan epidural blok uygulanır. Epidural blokla ağrı geçmekte, infeksiyon süresi kısaltmakta, lezyonlar daha hızlı iyileşmektedir.^[10,11]

Miyofasyal ağrı sendromu (MAS), radikülopati ya da eklem rahatsızlığı olmaksızın kaslarda lokal ve yansıyan ağrıya yol açan bir sendromdur. Kasılma sonucu kaslarda hassasiyet ve kasılma (taut bantları) oluşur. Taut bant üzerinde yer alan tetik noktalar tipik biçimde fiziksel uyarı ile istemsiz olarak kasılır. Buna seğirme (*twitch*) yanıtı adı verilir.^[12] Spesifik tedavisi tetik nokta (TN) enjeksiyonu, kuru iğne (*dry-needling*) sprey, botulinum toksini ve germe egzersizleridir.^[13-16] Primer fibromiyalji sendromu (FS) derin hassas noktaların varlığına genel kas ağrısı, tutukluk, yorgunluk ve düzensiz uyku gibi bulguların eşlik ettiği, sık rastlanan bir kronik ağrı durumudur. Genel popülasyonda prevalansın %3.7-20 arasında değiştiği bildirilmektedir.

Kanserde ağrı önemli bir sorundur. Kanserli hastada ağrıya duyarlı yapıların tümörle invazyonu veya kompresyonu (%77), kanser tedavisi sırasında (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi) (%19) veya kanser dışı nedenlerle (%4) ağrı görülür. Kanser ağrısında tedavi, basamak prensibine göre nonopioid, opioid ve adjuvanların kombine kullanımı ile yapılır. Adjuvan ilaç olarak TCA, antikonvülsanlar, meksiletin, bifosfonatlar (pamidronat), kortikosteroidler, ketamin, klonidin, lokal anestezikler, skopolamin kullanılmaktadır.^[17]

Yapılan prevalans çalışmalarıyla da, toplumdaki ağrı sıklığının giderek arttığı, kronik ağrıları ile baş edemeyen hastaların ağrı tedavisi için hastaneleri ve ağrı kliniklerini daha sık ziyaret ettikleri görülmektedir. Bu ağrılar insanların yaşam kalitesini negatif etkilemekte ve günlük işlerin verimli bir şekilde yapılmasına engel olmaktadır. Ağrı klinikleri, ağrı sorununun çözümlenmesine, yaşam kalitesinin ve toplumsal verimliliğin arttırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bilimsel yöntemlerle çalışan, iyi yetişmiş hekimlerin görev aldığı ağrı kliniklerinin sayısının arttırılması ile ağrı tedavisi mümkün kılınabilir.

Polikliniğimize Ocak 2006-Aralık 2007 tarihleri arasında başvuran hastaların kayıtlarını inceleyerek, verilen hizmetleri saptamak, bu hizmetlerin sonuçlarını sorgulamak, hizmetleri daha da geliştirmek amacıyla bu retrospektif araştırmayı planladık. Diğer amacımız ise incelediğimiz hasta popülasyonunun sosyodemografik özelliklerinin ve ağrı durumlarının, dünyada yapılmış diğer ağrı çalışmaları ile benzerliklerini ve farklılıklarını ortaya koymaktı.

Gereç ve Yöntem

Yaptığımız retrospektif çalışmada 1 Ocak 2006-31 Aralık 2007 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı Polikliniğine ilk defa başvuran hastaların verileri kullanıldı. Bu verilere ulaşabilmek için hastanemiz bilgi işlem birimi tarafından kullanılan Avicenna programından ve hastaların dosyalarından faydalandık. Avicenna programı üzerinden seçilen tarihlerde polikliniğimize başvuran bütün hastalarımızın kayıtlarına ulaşıldı. Elde edilen bu bilgisayar dökümünden yararlanarak polikliniğimize ilk kez başvuran hastalar seçildi. Bu hastaların dosyalarına hastanemiz arşivinden ulaşılarak taramamız gerçekleştirildi. Ağrı polikliniğine bu sürede başvuran yeni hasta sayısı 1020 olmasına rağmen, dosyalarına ulaşılabilen ve ağrı değerlendirme formu kayıtları eksiksiz mevcut olan 484'ü kadın, 288'si erkek toplam 772 hastanın verileri değerlendirmeye alındı.

Hasta verileri ağrı değerlendirme formuna kaydedilirken, hastaların verdiği açık uçlu cevaplarda, verilen en sık yanıtlar göz önüne alınarak gruplandırılmıştır. Hastaların öğrenim durumları sorgulanırken, en son buldukları (mezun oldukları veya terk ettikleri) öğrenim düzeyi kaydedilmiştir. Eko-

nomik durum için, herhangi bir gelir düzeyi ile sınırlanmaksızın, hastaların kendi ifade ettikleri yanıtlar göz önüne alındı. Ağrının lokalizasyonu sınıflandırılırken, *International Association for the Study of Pain* (IASP) Ağrı Taksonomisi Alt Komitesi'nin yaptığı beş eksenli ağrı sınıflaması kullanıldı. Ağrının niteliği sınıflandırılırken, en sık verilen cevaplar ayrı ayrı belirtildi (zonklama, sızlama, künt ağrı, keskin ağrı, bıçak saplanması, elektrik çarpması, acıma, yanma, kramp-kasılma gibi), daha nadir verilen ifadeler (uyuşma, keçelenme, karıncalanma, oyulma, kilitlenme, batma, sıkıştırma, kesilme, ezilme, parçalanma, kaşınma gibi) "diğer" seçeneği altında toplandı. Ağrının başlangıcından itibaren geçen süre üç ay ve altında ise "akut ağrı", üç ayın üzerinde ise "kronik ağrı" kabul edildi.

Hastaların ağrıları VAS ve SAS ile değerlendirildi. Hastanın hiç ağrısı olmadığında VAS/VPS=0, dayanılmaz ve hayal edilebilen en şiddetli ağrı varlığında ise 10 olarak değerlendirildi. VAS değeri olarak hastanın ağrı cetveli üzerinde 0 ile 10 arasında işaretlediği yer, SAS değeri olarak sözel olarak belirttiği rakam kaydedildi. Ağrı şiddeti 1 veya 2 olanlar "hafif", 3, 4 veya 5 olanlar "orta", 6 veya 7 olanlar "şiddetli", 8 veya 9 olanlar "çok şiddetli", 10 ise "dayanılmaz" olarak kaydedildi.

Ağrıya eşlik eden semptomlar, bulantı-kusma, halsizlik, kas güçsüzlüğü, iştahsızlık-kilo kaybı, baş dönmesi, dengesiz yürüme, uykusuzluk, kas kramp- ları, nefes darlığı, cinsel isteksizlik ya da "diğer" seçeneği altında (yanma, uyuşukluk, kaşıntı, tremor, bulanık görme gibi) belirtildi.

Ağrılı hastalığı nedeniyle daha önce kliniğimiz dışında aldığı tedaviler de sorgulandı ve verilen cevaplar, daha önce tedavi olmamış, sadece ilaç tedavisi almış, ilaç tedavisi ile beraber fizik tedavi almış, ilaç tedavisi ile beraber cerrahi tedavi almış ve diğer tedavi seçenekleri (psikoterapi, TENS, akupunktur, masaj tedavisi, kordotomi, diz içi enjeksiyon, transforaminal enjeksiyon v.b.) olarak saptandı.

Detaylı anamnez ve fizik muayene neticesinde hastaların tanıları koyuldu. Hastalarımızın bir kısmına yalnızca medikal tedavi verildi ve yaşam kalitesine iyileştirecek önerilerde bulunuldu. Hastalarımızın büyük bir kısmına poliklinik şartlarında kuru iğne

tedavisi, TN enjeksiyonu, diz içi enjeksiyonu, dirseğe steroid enjeksiyonu (lateral epikondilite), omuz içi steroid enjeksiyonu, büyük oksipital sinir (GON) bloğu, topuk dikenine steroid enjeksiyonu, koksiks blokajı, infraorbital/supraorbital/mental blokaj gibi tedaviler uygulandı. Bir kısım hastaya ise ameliyathane şartlarında, monitörize edilerek ve acil müdahale ekipmanlarını hazır bulundurarak, floroskopi eşliğinde invaziv işlem yapıldı.

Ağrı değerlendirme formundaki bilgiler bilgisayara aktararak yaş, ağrının başlama süresi, VAS değeri, ağrı lokalizasyonu, tanılara göre cinsiyet, meslek, medeni durumu, öğrenimi, ekonomik durumları, ağrının şiddeti, niteliği, eşlik eden semptomlar, önceden aldıkları tedaviler ve bizim uyguladığımız tedaviler değerlendirildi. İstatistiksel analiz "SPSS 14,0 for Windows" programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma değerleri hesaplandı.

Bulgular

Yeni başvuran ve verilerine ekiksiz ulaşılan hasta sayısı 772 ve yaşları 13-97 arasındaydı (ort. 55.11±14.98). Kadınlar 16-86 (ort. 54.39±14.07),

Tablo 1. Hastaların cinsiyet dağılımı

	Cinsiyet		Toplam
	Erkek	Kadın	
Baş ağrısı	27 %3.5	69 %8.9	96 %12.4
Bel ağrısı	71 %9.2	129 %16.7	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	65 %8.4	132 %17.1	197 %25.5
Nöropatik ağrı	27 %3.5	50 %6.5	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	2 %0.3	3 %0.4	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	10 %1.3	1 %0.1	11 %1.4
Kanser ağrısı	46 %6.0	23 %3.0	69 %8.9
Artroz	23 %3.0	60 %7.8	83 %10.8
Diğer ağrılar	17 %2.2	17 %2.2	34 %4.4
Toplam	288 %37.3	484 %62.7	772 %100

erkekler 13-97 (ort. 56.31±16.35) yaş aralığındaydı. Polikliniğimize başvuran 772 hastada bölgesine göre en sık şikâyet bel ve sırt ağrısıydı (%32). Diğer ağrı-

Tablo 2. Hastaların meslek dağılımı

	Meslek dağılımı						Toplam
	Ev hanımı	Emekli	Memur	İşçi	Öğrenci	Serbest meslek	
Baş ağrısı	35 %4.5	9 %1.2	29 %3.8	0 %0.0	15 %1.9	8 %1.0	96 %12.4
Bel ağrısı	105 %13.6	41 %5.3	23 %3.0	10 %1.3	1 %0.1	20 %2.6	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	88 %11.4	43 %5.6	43 %5.6	1 %0.1	2 %0.3	20 %2.6	197 %25.5
Nöropatik ağrı	40 %5.2	25 %3.2	4 %0.5	2 %0.3	1 %0.1	5 %0.6	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	3 %0.4	1 %0.1	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	1 %0.1	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	0 %0.0	7 %0.9	2 %0.3	0 %0.0	0 %0.0	2 %0.3	11 %1.4
Kanser ağrısı	23 %3.0	28 %3.6	2 %0.3	5 %0.6	0 %0.0	11 %1.4	69 %8.9
Artroz	50 %6.5	21 %2.7	6 %0.8	1 %0.1	0 %0.0	5 %0.6	83 %10.8
Diğer ağrılar	15 %1.9	7 %0.9	6 %0.8	1 %0.1	3 %0.4	2 %0.2	34 %4.4
Toplam	359 %46.5	182 %23.6	115 %14.9	20 %2.6	22 %2.8	74 %9.6	772 %100

Tablo 3. Hastaların medeni durum dağılımı

	Medeni durum			Toplam
	Evli	Bekar	Dul	
Baş ağrısı	64 %8.3	27 %3.5	5 %0.6	96 %12.4
Bel ağrısı	170 %22.0	11 %1.4	19 %2.5	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	172 %22.3	13 %1.7	12 %1.6	197 %25.5
Nöropatik ağrı	60 %7.8	4 %0.5	13 %1.7	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	3 %0.4	1 %0.1	1 %0.1	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	9 %1.2	0 %0.0	2 %0.3	11 %1.4
Kanser ağrısı	49 %6.3	3 %0.4	17 %2.2	69 %8.9
Artroz	70 %9.1	3 %0.4	10 %1.3	83 %10.8
Diğer ağrılar	24 %3.1	6 %0.8	4 %0.5	34 %4.4
Toplam	621 %80.4	68 %8.8	83 %10.8	772 %100

lar omuz, üst ekstremité ağrısı (%22.7), baş-boyun ağrısı (%14.2), yaygın vücut ağrısı (%8.4), alt ekstremité ağrısı (%8.3), eklem ağrısı (%6.6), toraks-

göğüs ağrısı (%4.3) ve abdominal-pelvik ağrı (%3.5) olarak sıralandı.

Detaylı anamnez ve fizik muayene sonunda hastalarımızda bel (%25.9) ve muskuloskeletal kaynaklı ağrı (%25.5) ön plandaydı. Hastalarımızın %12.4'ünde baş ağrısı, %10.8'inde artroz, %10'unda nöropatik ağrı, %8.9'unda kanser ağrısı, %1.4'ünde periferik arter hastalığına bağlı ağrı ve %0.6'sında CRPS ağrısı mevcuttu. Ayrıca hastalarımızın 34'ünde (%4.4) diğer ağırlı patolojiler (topuk dikenli, lateral epikondilit, kifoskolyoz, meniskus, septik artrit, koksartroz, temporal arterit, polimiyalji romatika, hipokondriazis, osteoporoz, somatizasyon bozukluğu, ankilozan spondilit, romatoid artrit gibi) saptandı. Periferik arter hastalığı ve kanser ağrısı hariç ağrı banyolarında daha fazlaydı (Tablo 1).

Polikliniğimize başvuran hastaların 207'sinde (%26.81) üç aydan kısa süredir (akut ağrı) ağrı şikâyeti mevcutken, 565'inde (%73.19) üç aydan uzun süreli kronik ağrı mevcuttu.

Hastaların yarıya yakını ev hanımı, dörtte birine yakını ise emekli idi. Öğrenci ve işçilerin polikliniğimize daha seyrek başvurduğu gözlemlendi (Tablo 2).

Tablo 4. Hastaların öğrenim durumu dağılımı

	Öğrenim durumu				Toplam
	Okur-yazar değil	İlköğretim-ortaöğretim	Lise	Üniversite	
Baş ağrısı	2 %0.3	30 %3.9	36 %4.7	28 %3.6	96 %12.4
Bel ağrısı	17 %2.2	124 %16.1	34 %4.4	25 %3.2	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	10 %1.3	83 %10.8	56 %7.3	48 %6.2	197 %25.5
Nöropatik ağrı	12 %1.6	41 %5.3	19 %2.5	5 %0.6	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	0 %0.0	3 %0.4	2 %0.3	0 %0.0	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	0 %0.0	6 %0.8	4 %0.5	1 %0.1	11 %1.4
Kanser ağrısı	9 %1.2	45 %5.8	13 %1.7	2 %0.3	69 %8.9
Artroz	10 %1.3	53 %6.9	15 %1.9	5 %0.6	83 %10.8
Diğer ağrılar	4 %0.5	16 %2.1	11 %1.4	3 %0.4	34 %4.4
Toplam	64 %8.3	401 %51.9	190 %24.6	117 %15.2	772 %100

Tablo 5. Hastaların ekonomik durum dağılımı

	Ekonomik durum			Toplam
	Yüksek	Orta	Düşük	
Baş ağrısı	4 %0.5	88 %11.4	4 %0.5	96 %12.4
Bel ağrısı	9 %1.2	159 %20.6	32 %4.1	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	11 %1.4	168 %21.8	18 %2.3	197 %25.5
Nöropatik ağrı	2 %0.3	61 %7.9	14 %1.8	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	1 %0.1	4 %0.5	0 %0.0	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	0 %0.0	9 %1.2	2 %0.3	11 %1.4
Kanser ağrısı	3 %0.4	54 %7.0	12 %1.6	69 %8.9
Artroz	2 %0.3	75 %9.7	6 %0.8	83 %10.8
Diğer ağrılar	1 %0.1	30 %3.9	3 %0.4	34 %4.4
Toplam	33 %4.3	648 %83.9	91 %11.8	772 %100

Medeni durumlarına göre evli hastaların ağırlıkta olduğu görüldü (Tablo 3).

Hastaların büyük kısmı ilköğretim eğitimi düzeyindeydi ve yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar polikliniğimize daha az başvurduğu gözlemlendi (Tablo 4).

Polikliniğimize orta gelir düzeyinde hastalar sıklıkla başvurdu. Düşük ve yüksek gelirli hastaların polikliniğimize daha az başvurduğu gözlemlendi (Tablo 5).

İlk başvuruda VAS/SAS skalası ile değerlendirilen hastaların çoğunlukla orta ve şiddetli ağrılı olduğu, hafif şiddetteki ağrılı hastaların başvurusunun daha az olduğu saptandı (Tablo 6). İlk başvuruda hastaların VAS değerleri ortalama 7.3 ± 1.8 idi. Hastaların en düşük VAS değeri 1, en yüksek 10 olarak tespit edildi. Hastaların aldığı tanı ile ağrı niteliklerinin uyumlu olduğu gözlemlendi (Tablo 7).

Hastaların yarıya yakınında ağrı dışında herhangi bir yakınma bulunmazken, ek yakınmalar Tablo 8'de gösterilmektedir.

Hastaların %90'dan fazlasının, ağrıları nedeniyle daha önce farklı merkezlere başvurdukları, çeşitli ilaç ve fiziksel tedavi ve rehabilitasyon programlarına katıldıkları görüldü (Tablo 9).

Tablo 6. Hastaların ilk başvurudaki sözel ağrı şiddetlerinin dağılımı

	Ağrı şiddeti				Toplam
	Hafif	Orta derecede	Şiddetli	Çok şiddetli	
Baş ağrısı	1 %0.1	32 %4.1	33 %4.3	30 %3.9	96 %12.4
Bel ağrısı	2 %0.3	50 %6.5	96 %12.4	52 %6.7	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	7 %0.9	81 %10.5	72 %9.3	37 %4.8	197 %25.5
Nöropatik ağrı	0 %0.0	16 %2.1	27 %3.5	34 %4.4	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	0 %0.0	2 %0.3	1 %0.1	2 %0.3	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	0 %0.0	3 %0.5	7 %0.9	1 %0.1	11 %1.4
Kanser ağrısı	2 %0.3	26 %3.4	23 %3.0	18 %2.3	69 %8.9
Artroz	0 %0.0	25 %3.2	35 %4.5	23 %3.0	83 %10.8
Diğer ağrılar	0 %0.0	19 %2.5	11 %1.4	4 %0.5	34 %4.4
Toplam	12 %1.6	254 %32.9	305 %39.5	201 %26.0	772 %100

Tablo 7. Hastaların ağrı niteliklerinin dağılımı

	Ağrı niteliği										Toplam
	Zonklama	Sızlama	Künt	Keskin	Bıçak saplanması	Elektrik çarpması	Acıma	Yanma	Kramp-kasılma	Diğer	
Baş ağrısı	62	9	2	7	5	1	1	1	4	4	96
	%8.0	%1.2	%0.3	%0.9	%0.6	%0.1	%0.1	%0.1	%0.5	%0.5	%12.4
Bel ağrısı	22	25	3	18	38	21	13	7	25	28	200
	%2.8	%3.2	%0.4	%2.3	%4.9	%2.7	%1.7	%0.9	%3.2	%3.6	%25.9
Muskuloskeletal ağrı	18	53	9	15	20	8	33	15	20	6	197
	%2.3	%6.9	%1.2	%1.9	%2.6	%1.0	%4.3	%1.9	%2.6	%0.8	%25.5
Nöropatik ağrı	10	7	0	0	6	20	0	22	1	11	77
	%1.3	%0.9	%0.0	%0.0	%0.8	%2.6	%0.0	%2.8	%0.1	%1.4	%10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	5
	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%0.3	%0.0	%0.3	%0.1	%0.0	%0.6
Periferik arter hastalığı	2	1	1	0	0	0	0	5	0	2	11
	%0.3	%0.1	%0.1	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%0.6	%0.0	%0.3	%1.4
Kanser ağrısı	3	21	15	7	9	3	5	4	0	2	69
	%0.4	%2.7	%1.9	%0.9	%1.2	%0.4	%0.6	%0.5	%0.0	%0.3	%8.9
Artroz	8	20	1	10	13	1	17	4	5	4	83
	%1.0	%2.6	%0.1	%1.3	%1.7	%0.1	%2.2	%0.5	%0.6	%0.5	%10.8
Diğer ağrılar	5	6	1	4	5	0	5	3	1	4	34
	%0.6	%0.8	%0.1	%0.5	%0.6	%0.0	%0.6	%0.4	%0.1	%0.5	%4.4
Toplam	130	142	32	61	96	56	74	63	57	61	772
	%16.8	%18.4	%4.1	%7.9	%12.4	%7.3	%9.6	%8.2	%7.4	%7.9	%100

Tablo 8. Hastaların ağrı şikâyetine eşlik eden semptomların dağılımı

	Eşlik eden bulgular									Toplam
	Yok	Bulantı-kusma	Halsizlik - kas güçsüzlüğü	İştahsızlık - kilo kaybı	Baş dömesi den-gesiz yürüme	Uykusuzluk	Kas krampı	Diğer		
Baş ağrısı	27	39	8	1	6	10	2	3	96	
	%3.5	%5.1	%1.0	%0.1	%0.8	%1.3	%0.3	%0.4	%12.4	
Bel ağrısı	87	12	48	1	0	20	25	7	200	
	%11.3	%1.6	%6.2	%0.1	%0.0	%2.6	%3.2	%0.9	%25.9	
Muskuloskeletal ağrı	88	9	45	2	5	15	24	9	197	
	%11.4	%1.2	%5.8	%0.3	%0.6	%1.9	%3.1	%1.2	%25.5	
Nöropatik ağrı	43	5	5	2	1	8	4	9	77	
	%5.6	%0.6	%0.6	%0.3	%0.1	%1.0	%0.5	%1.2	%10.0	
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	3	0	1	0	0	0	1	0	5	
	%0.4	%0.0	%0.1	%0.0	%0.0	%0.0	%0.1	%0.0	%0.6	
Periferik arter hastalığı	6	0	3	0	0	2	0	0	11	
	%0.8	%0.0	%0.4	%0.0	%0.0	%0.3	%0.0	%0.0	%1.4	
Kanser ağrısı	21	19	9	12	0	7	1	0	69	
	%2.7	%2.5	%1.2	%1.6	%0.0	%0.9	%0.1	%0.0	%8.9	
Artroz	38	1	24	0	0	7	8	5	83	
	%4.9	%0.1	%3.1	%0.0	%0.0	%0.9	%1.0	%0.6	%10.8	
Diğer ağrılar	20	0	3	0	0	5	2	4	34	
	%2.6	%0.0	%0.4	%0.0	%0.0	%0.6	%0.3	%0.5	%4.4	
Toplam	333	85	146	18	12	74	67	37	772	
	%43.1	%11.0	%18.9	%2.3	%1.6	%9.6	%8.7	%4.8	%100	

Tablo 9. Hastaların önceden aldıkları tedavilerin dağılımı

	Önceki tedaviler					Toplam
	Tedavi olmamış	İlaç tedavisi	İlaç + FTR	İlaç + cerrahi	Diğer	
Baş ağrısı	7 %0.9	73 %9.5	13 %1.7	0 %0.0	3 %0.4	96 %12.4
Bel ağrısı	7 %0.9	95 %12.3	77 %10.0	17 %2.2	4 %0.5	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	29 %3.8	104 %13.5	61 %7.9	2 %0.3	1 %0.1	197 %25.5
Nöropatik ağrı	8 %1.0	52 %6.7	7 %0.9	8 %1.0	2 %0.3	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	0 %0.0	4 %0.5	1 %0.1	0 %0.0	0 %0.0	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	2 %0.3	8 %1.0	0 %0.0	1 %0.1	0 %0.0	11 %1.4
Kanser ağrısı	6 %0.8	54 %7.0	3 %0.4	6 %0.8	0 %0.0	69 %8.9
Artroz	5 %0.6	38 %4.9	36 %4.7	1 %0.1	3 %0.3	83 %10.8
Diğer ağrılar	5 %0.6	22 %2.8	6 %0.8	1 %0.1	0 %0.0	34 %4.4
Toplam	69 %8.9	450 %58.3	204 %26.4	36 %4.7	13 %1.7	772 %100

Tablo 10. Hastalara uygulanan tedavilerin dağılımı

	Uygulanan tedavilerin dağılımı							Diğer	Toplam
	İlaç	İlaç+DN	İlaç+TE	İlaç+DN+TE	İnvaziv+ilaç	İnvaziv+TE	İnvaziv+TE+DN		
Baş ağrısı	4 %0.5	71 %9.2	1 %0.1	14 %1.8	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	6 %0.8	96 %12.4
Bel ağrısı	48 %6.2	7 %0.9	11 %1.4	4 %0.5	80 %10.4	8 %1.0	42 %5.4	0 %0.0	200 %25.9
Muskuloskeletal ağrı	36 %4.7	32 %4.1	68 %8.8	57 %7.4	1 %0.1	0 %0.0	1 %0.1	2 %0.3	197 %25.5
Nöropatik ağrı	36 %4.7	0 %0.0	7 %0.9	5 %0.6	26 %3.4	0 %0.0	1 %0.1	3 %0.4	77 %10.0
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	1 %0.1	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	3 %0.4	0 %0.0	1 %0.1	0 %0.0	5 %0.6
Periferik arter hastalığı	3 %0.4	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	7 %0.9	0 %0.0	1 %0.1	0 %0.0	11 %1.4
Kanser ağrısı	55 %7.1	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	13 %1.7	0 %0.0	1 %0.1	0 %0.0	69 %8.9
Artroz	27 %3.5	3 %0.4	4 %0.5	4 %0.5	11 %1.4	0 %0.0	7 %0.9	27 %3.5	83 %10.8
Diğer ağrılar	19 %2.5	1 %0.1	4 %0.5	0 %0.0	5 %0.6	0 %0.0	0 %0.0	5 %0.6	34 %4.4
Toplam	229 %29.7	114 %14.8	95 %12.3	84 %10.9	146 %18.9	8 %1.0	54 %7.0	42 %5.4	772 %100.0

İlaç: İlaç tedavisi; DN: Kuru iğne; TE: Kas içi enjeksiyon.

Hastaların toplam polikliniğimize başvurma sayıları 2789'dur. Hastaların başvuru sayısı 1 ila 20 arasında (ortalama 3.61 ± 2.66 SD) değişmektedir.

Ağrılı hastalığı nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaların çoğunluğuna (%29.7) yalnızca medikal ilaç tedavisi verildi ve ağrılarını hafifletip yaşam kalitesini arttıracak önerilerde bulunuldu (Tablo 10).

Baş ağrısı olan 96 hastanın 71'ine (%74) medikal tedavi ile birlikte kuru iğne tedavisi uygulandı. Toplam 200 bel ağrılı hastanın, 48'ine (%24) medikal tedavi, 80'ine (%40) invaziv uygulama ile birlikte ilaç tedavisi uygulanırken 42'sine (%21) ise invaziv tedavi ve medikal tedavi yanında triger enjeksiyon ve kuru iğne tedavisi uygulandı. Muskulo-skelatal ağrı şikayeti ile başvuran 197 hastanın 68'ine (%35) medikal tedavi ile birlikte triger enjeksiyon, 57'sine (%29) ise medikal tedavi, triger enjeksiyon ve kuru iğne birlikte uygulandı. Toplam 77 hasta nöropatik ağrı şikayeti ile başvurdu. Bu hastaların 36'sına (%47) yalnızca medikal tedavi uygulanırken 26'sına (%34) medikal tedavi yanında invaziv ağrı tedavisi uygulandı. Kanseri ağrısı şikayeti ile başvuran 69 hastanın 55'ine (%80) yalnızca ağrı tedavisi verilirken 13'üne (%19) ilaç tedavisi yanında herhangi bir invaziv ağrı tedavisi uygulandı. Polikliniğimizde artroz tanısı konulan 83 hastanın 27'sine (%33) medikal tedavi önerilirken, 27'sine (%33) de diğer tedaviler uygulandı.

Tartışma

En sık ağrı şikâyetinin bel, omuz ve baş bölgesinden kaynaklandığı, en sık üç tanının bel, muskuloskeletal ve baş ağrısı olduğu, ortalama VAS değerinin 7.3, ağrının genellikle sızlama, zonklama niteliğinde olduğu ve hastaların %73'ünde kronik ağrının mevcut olduğu saptandı. En sık olarak ilaç tedavisi ve beraberinde invaziv girişimler uygulandığı görüldü.

Epidemiyolojik çalışmalar kronik ağrının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Kronik ağrının süregen olması, düzenli olarak bir sağlık kurumuna başvurulması, sürekli analjezik ilaçların kullanımını gerektirmesi, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, ekonomik olarak iş günü ve iş kayıplarına neden olması bu sorunun büyüklüğünü açıklar.

Çeşitli ülkelerde yapılan prevalans çalışmalarında kronik ağrı sıklığı konusunda kesin birliktelik yoktur. Çalışmalarda kronik ağrı sıklığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %28-39,^[17] Kanada'da %15,^[17] İsviçre'de %40-55,^[17] Danimarka'da %19,^[17] Norveç'de %24.4^[18,19] İspanya'da %23.4,^[20] İngiltere'de %50.4,^[21] Avusturya'da %19.1^[22] olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde ağrılı hastaların %64.4'ünde kronik ağrı, %6.9'unda subakut ağrı, %9.9'unda akut ağrı tespit edilmiştir.^[23] Hong Kong'da kronik ağrı sıklığı %87.4 olarak belirtilmiştir.^[24] Türkiye'de 18-65 yaş arası kronik ağrı prevalansı %76.6 olarak saptanırken, Kuzey, Orta ve Doğu Anadolu bölgelerinde kırsalda kronik ağrının daha yüksek olduğu (%81.4) görülmüştür.^[25] Bizim çalışmamızda poliklinik hastalarının %73.19'ünde literatürle uyumlu olarak kronik ağrı şikayeti vardı. Bunun nedeni, hastaların öncelikle halk arasında daha çok bilinen ve daha kolay ulaşılabilen sağlık ocakları ya da diğer branş polikliniklerine (ortopedi, nöroloji, beyin cerrahisi gibi) başvurmaları, ağrı bilim dalımızın son başvuru yer olması, diğer kliniklerde tedavi arayan bu hastaların yönlendirmedeki gecikmeler ve multidisipliner tedavi uygulamasındaki aksaklık nedeniyle polikliniğimize geç başvurmaları olabilir. Ülkemizdeki bilinçsiz ilaç kullanımı nedeniyle, hastalar ağrı çekmeye başladıklarında ağrı kesiciler ile geçici süreyle, ağrılarını tedavi etmeye çalışmakta, sonucunda hastalara tanı konulması gecikmekte bu da kronik ağrılarını daha sık görmemize yol açmaktadır.

İngiltere'de kronik ağrı şikâyetinin en yaygın bel ve eklem ağrısı olduğu gözlenmiştir. Bel ağrısı erkeklerde ve daha genç yaş grubunda sık gözlenirken, eklem ağrısının bayanlarda ve ileri yaşta daha yaygın olduğu saptanmıştır.^[21] Portenoy ve ark. çalışmalarında %47 kalça ve alt ekstremitte, %40 bel, %28 baş ve boyun, %24 omuz ve üst ekstremitte ağrıları bildirmişlerdir.^[26] İspanya'da toplumda yaygın ağrılı bölgeler sırasıyla alt ekstremitte, bel, baş bölgesi olarak bulunmuştur.^[20] James ve ark.'na göre Yeni Zelanda'da bel (%25), baş (%15) ve eklem (%11) en ağrılı bölgelerdir.^[27] Finlandiya'da kronik ağrının en sık %17.1 bel, %11.8 boyun ve %15.8 eklem ağrısına bağlı olduğu bildirilmiştir.^[28] Erdine ve ark.^[25] hastaların %34.5'inde baş, %14.1'inde bel, %12'sinde alt ekstremitte, %10.9'unda batın ağrısı olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da en

sık bel ve sırt ağrısı olduğu görüldü. Bel ağrılı hastalarımızın çoğunluğu ev hanımlarıydı. Ev hanımlarının gerek ev işlerinde kendilerini fiziksel olarak zorlamaları (ağır kaldırma, uygunsuz postür gibi), gerekse yöremizde tarım ve hayvancılığın gelişmesi bel ağrısını tetiklemektedir. Ayrıca, kadınlarda görülen pek çok jinekolojik rahatsızlık (dismenore, hipermenore, uretrit, sistit gibi) bel ağrısına neden olabilir. Diğer ülkelere göre eklem ağrısı daha seyrekdir. Nedeni ülkemizdeki yaşlı nüfusun daha az olması olabilir.

Prevalans çalışmalarının çoğunda ağrının kadın cinsiyetle ve yaşla arttığı bildirilmiştir.^[20-22] Yu ve ark.'nın çalışmasında kadın katılımcıların %60.9'unda, erkek katılımcıların %39.1'inde kronik ağrı saptanmış, kadın cinsiyetin kronik ağrı riskini 2.1 kat arttırdığı tespit edilmiştir.^[29] Von Korff ve ark.^[30] ABD'de yaşın etkili olmadığını, düşük ekonomik durumda prevalansın arttığını belirtmişlerdir. Türkiye'de 1999 yılında kadınların (%70.8), erkeklere (%56.8) göre daha fazla ağrı çektiği bildirilmiştir. Kadınların, kentte ve batı bölgesinde yaşayanlarında ağrının daha fazla olduğu, ağrının yaş ile uyumlu olarak arttığı saptanmıştır.^[25] Kadınların erkeklere göre ağrılı uyarana karşı ağrı eşiği ve toleransındaki farklılığın, menstürasyon, gebelik ve doğuma bağlı biyolojik özelliklerinin etkisi olabilir. Ayrıca Türk toplumunda erkeklerin hastalıklarını ya da ağrı şikâyetlerini sık ifade etmeleri bir güçsüzlük ifadesi sayılabileceğinden, erkek hastalar ağrıları için sağlık kuruluşuna başvurumuyor olabilirler. Ağrılı hastalarımızın çoğunluğunun ileri yaşta olduğu, bunun da literatürle paralel seyrettiği görüldü. İleri yaşlarda ağrıya sebep olabilecek kronik hastalıklara (osteoporoz, osteoartrit, kanser gibi) daha sık rastlanması, ağrılı hastaların yaş ortalamasını yükseltmektedir. Ayrıca, yaşlılığa bağlı aktiviteden yoksun hareketsiz bir yaşam tarzı, beslenme yetersizlikleri, obezite, ağrıyı arttıran faktörler olabilir.

Pek çok çalışmada evliliğin,^[21,26] ev hanımlığı ve emekliliğin^[20,31] ağrıyı arttırdığı görülmüştür. Ağır fiziksel çalışma koşullarının da ağrıyı 2.2 kat arttırdığı belirtilmiştir.^[31] Yalnız yaşayanlarda ağrı sıklığı ve şiddeti, evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ağrılı hastaların büyük çoğunluğu literatürle uyumlu olarak ev hanımları ve emekliler idi.

Kapalı bir ev ortamında çalışan ve bedeni zorlayarak yapılan ev işlerinden etkilenen ev hanımları, daha fazla ağrı çekmekte ve ağrılarında daha sık çözüm aramaktadırlar. Belki de rutin işlerden kaçış için ağrılarını bahane ederek, bu sayede ilgi çekmek yoluyla sekonder kazanç elde ediyor olabilirler. Ev kadınlarının çalışan hastalardan farklı olarak, ağrıları için daha fazla vakit ayırarak polikliniğimize başvurduklarını düşünmekteyiz.

İspanya'da düşük eğitim düzeyindeki olgularda kronik ağrının belirgin olarak daha sık olduğu, düşük eğitilmiş ağır işlerde çalışanlarla kronik ağrı arasında anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir.^[20] Tayvan'da yüksek eğitim düzeyinin ağrı prevalansını azalttığı, ilköğretim ve altında eğitim düzeyi olanlarda ağrının 1.87 kat arttığı, fakat gelir düzeyi ile kronik ağrı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.^[29] Türkiye'de ise okuma yazması olmayanların ağrı sıklığı %65.1 iken üniversite mezunlarında ağrı sıklığının %55.5 olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir.^[25] Bizim çalışmamızda polikliniğe gelen hastaların büyük çoğunluğunun (%60.23) ilköğrenim ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu, üniversite ve üzerindeki öğrenim oranının ise düşük olduğu saptandı. Ağrının düşük ve orta gelir düzeyine sahip hastalarda daha sık görüldüğünü, bunun da diğer ülkelerdeki çalışmalarla uyumlu olduğunu görüldü. Düşük eğitim seviyesine sahip kişiler genellikle ağır fiziksel kondüsyon gerektiren işlerde, daha uzun sürelerde çalışmaktadır. Eğitimsizlik ve bilinçsizlikten dolayı yanlış postural duruş ve ağrıyı tetikleyici hareketlerde bulunmak da ağrıyı arttırmaktadır. Beslenme yetersizliği, konforsuz yaşam (ortopedik olmayan yatak ve ayakkabı kullanımı) ağrı sıklığını etkileyen diğer faktörler olabilir.

Elliot ve ark.,^[21] olgularının büyük çoğunluğunun düşük ve orta şiddette ağrı duyduklarını belirtirken, İspanya'da kronik ağrı çekenlerin %40.4'ü hafif ağrı tariflerken %14.3'ü çok şiddetli ağrı tarif etmişlerdir.^[20] Tayvan'daki hastalar ağrının şiddetini, %53.3 hafif, %42.4 orta, %4.3 şiddetli olarak belirtmişlerdir.^[28] Türkiye'de ise olguların %10.5'i ağrısını hafif, %22.8'si orta, %23.7'si şiddetli, %26'sı çok şiddetli, %17'si ise dayanılmaz olarak tarif etmişlerdir.^[24] Bizim çalışmamızda ağrı şiddeti %0.52 hafif, %18.26 orta, %34.46 şiddetli, %30.18 çok şiddetli, %16.6 dayanılmaz olarak saptandı. İlk başvurudaki VAS

değerlerinin ortalaması ise 7.3 ± 1.8 idi. Hastalarımızın VAS değerleri diğer popülasyon bazlı çalışmalardan daha yüksek bulundu. Bunun nedeni araştırmaımızın saha çalışması olmaması, hastaların ağrı tedavisindeki gecikmeleri, diğer polikliniklerden sevkteki gecikmeler olabilir.

Yu ve ark. hastalarında %89 ağrı, %11 karıncalanma, %8 kramp, %6 uyuşukluk, %3 diğer ağrı tipleri bildirmişlerdir. Bizim polikliniğimizdeki hastalar %18.4 sızlama, %16.8 zonklama, %12.4 bıçak saplanması, %9.6 acıma, %8.2 yanma, %7.9 keskin bir ağrı, %7.4 kas krampı, kasılma, %7.3 elektrik çarpması, %4.1 künt ve %7.9 diğer (uyuşma, keçelenme, karıncalanma gibi) tip ağrıdan yakınmışlardır.

Blyth ve ark.^[22] erkeklerin %11'inde, kadınların %13.5'inde ağrıdan dolayı günlük aktivitelerinde kısıtlama saptamışlardır. Bir başka çalışmada ağrılı hastaların %27.1'inde günlük yaşam aktivitelerinde, %11'inde iş yaşamında etkilenme tespit edilmiştir. Eriksen ve ark.^[32] ağrılı grupta fiziksel aktivite kısıtlamasını 9.9 kat fazla bulmuştur. Catala ve ark.'nın^[20] çalışmasında ise ağrının neden olduğu günlük yaşam kısıtlanması %48.6 olarak bulunmuştur. Portenoy ve ark.^[26] günlük yaşamı kısıtlayıcı ağrının, hastaların %35.8'inde mevcut olduğunu vurgulamışlardır. Bizim hastalarımızın %43.1'i ek bir şikâyetinin bulunmadığını ve ağrının günlük yaşamlarını etkilemediğini belirtmişlerdir. En sık görülen üç yakınmanın ise halsizlik, bulantı-kusma ve uykusuzluk olduğu görülmüştür.

İspanya'da ağrıyı azaltmak için çoğu hastanın (%93.2) ağrı kesici ilaç aldığı, diğer tekniklerin ise (fizik rehabilitasyon, geleneksel olmayan ilaç) daha az kullanıldığı gözlenmiştir.^[20]

Portenoy ve ark.^[26] ortalama doktora gitme sayısını yılda 2.7 olarak tespit ederken, hastaların %67'sinin medikal tedavi dışında alternatif bir tedavi denediğini bildirmişlerdir. Hastalarının %30'u masaj ile tedavi olmayı, %16'sı bitkisel tedaviyi, %14'ü meditasyonla tedaviyi, %10'dan azı ise mıknatıs terapisi, *biofeedback*, akupunktur ya da fiziksel egzersiz yöntemlerini denemiştir. Çalışmamızda, polikliniğimize başvurmadan önce hastaların %58.3'ünün analjezik ilaç kullandıkları görüldü. İlaçla tedavinin yanında fizik tedavi alanlar %26.3 idi ve %4.7'si ağ-

rısı nedeniyle cerrahi tedavi almıştı. Akupunktur, masaj gibi tedavi yöntemleri %1.7 gibi düşük bir değerdedi. Hastaların ortalama başvuru sayısı yılda 3.6 ± 2.6 idi.

Polikliniğimize ev hanımı, emekli ve orta gelirli hastaların daha sık başvurmaları, yoğun iş temposunda çalışan ve çektikleri ağrıya rağmen vakitsizlik veya ekonomik nedenlerle pek çok hastanın polikliniğimize ulaşamadığını düşündürmüştür.

Polikliğimize başvuran 772 hastanın büyük çoğunluğu olan 522'sine (%67.6) medikal tedavi uygulanmışken, invazif ağrı tedavisi uygulanan hasta sayısı 208 (%26.9) idi. İnvazif girişimlerin en sık olarak bel ağrısı, muskuloskeletal ağrı ve kanser ağrılarında yapıldığı görülmüştür.

Epidemiyolojik çalışmaların amacı hastalıkların neden ve büyüklüğünün saptanması, böylelikle korunma tedbirlerinin ortaya konması için ipuçlarının bulunmasıdır. Bu amaçla ülkemizde yapılmış çok az çalışma mevcuttur ve yapılacak olan yeni çalışmalar ağrı tedavisinin başarısını daha da arttıracaktır.

Sonuçta, ağrı polikliniklerine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilinmesi ve tedaviye yanıtın yakın takibi önemlidir. Uygun farmakolojik tedavi yetersizse, ihtiyaç duyulan invaziv yöntemler deneyimli doktorlarca uygulanmalıdır. Uygulanan yöntemlerin hasta ve yakınlarına anlatılması tedavinin başarısını artırır.

Kaynaklar

1. Aldemir T. Ağrılı hastalarda ağrı ölçümü. In: Erdine S, editor. Ağrı. 3rd ed. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2007. p. 133-9.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. 2nd ed. Cephalalgia 2004;24:1-160.
3. Frymoyer JW, Pope MH, Clements JH, Wilder DG, MacPherson B, Ashikaga T. Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. J Bone Joint Surg [Am] 1983;65(2):213-8.
4. Scadding JW (Çeviri editörü: Ofluoğlu D). Kompleks bölgesel ağrı sendromu. In: Melzack R, Wall PD, editors. Wall and Melzack's Textbook of Pain (Ağrı Tedavisi El Kitabı, Erdine S (çeviri ed)). Ankara: Güneş Kitabevi, 2006:275-89.
5. Marcus DA. Neuropathic pain. In: Marcus DA, editor. Chronic pain. Totowa, New Jersey, USA: Humana Pres; 2005. p. 111-31.
6. Villanueva-Perez VL, Cerdá-Olmedo G, Samper JM, Mínguez A, Monsalve V, Bayona MJ, et al. Oral ketamine for the treatment of type I complex regional pain syndrome. Pain Pract 2007;7(1):39-43.

7. Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. *Pain* 1997;73(2):123-39.
8. Ackerman WE, Zhang JM. Efficacy of stellate ganglion blockade for the management of type 1 complex regional pain syndrome. *South Med J*. 2006 Oct;99(10):1084-8.
9. Tyring SK. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:136-42.
10. Kumar V, Krone K, Mathieu A. Neuraxial and sympathetic blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia: an appraisal of current evidence. *Reg Anesth Pain Med* 2004;29(5):454-61.
11. Uyar M, Aydın Ö. Miyofasyal ağrı sendromu ve diğer muskuloskeletal kökenli ağrılar. Erdine S, editor. *Ağrı. Üçüncü Baskı*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2007: 476-92.
12. Rickards LD. The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: A systematic review of the literature. *Internation J of Osteopathic Medicine* 2006;9:120-36.
13. Peñas CF, Campo MS. Manual therapies in myofascial trigger point treatment: A systematic review. *J Bodywork and Movement Therapies* 2005;9: 27-34.
14. Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2002;65(4):653-60.
15. Göbel H, Heinze A, Reichel G, Hefter H, Benecke R; Dysport myofascial pain study group. Efficacy and safety of a single botulinum type A toxin complex treatment (Dysport) for the relief of upper back myofascial pain syndrome: results from a randomized double-blind placebo-controlled multicentre study. *Pain* 2006;125(1-2):82-8.
16. Önal A. Kanser hastalarında ağrı. In: Önal A, editor. *Algoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2004. p. 73-82.
17. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77(3):231-9.
18. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain--findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag Nurs* 2004;5(3):105-17.
19. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004;8(6):555-65.
20. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6(2):133-40.
21. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354(9186):1248-52.
22. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004;111(1-2):51-8.
23. Watkins EA, Wollan PC, Melton LJ 3rd, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County health study. *Pain Med* 2008;9(2):166-74.
24. Chung JW, Wong TK. Prevalence of pain in a community population. *Pain Med* 2007;8(3):235-42.
25. Erdine S, Hamzaoglu A, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı* 2001;13:22-30.
26. Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, Haas G. Population-based survey of pain in the United States: differences among white, African American, and Hispanic subjects. *J Pain* 2004;5(6):317-28.
27. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain* 1991;44(3):279-83.
28. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991;303(6796):216-9.
29. Yu HY, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manag Nurs* 2006;7(1):2-11.
30. Von Korff M, Le Resche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55(2):251-8.
31. Chung JW, Wong TK. Prevalence of pain in a community population. *Pain Med* 2007;8(3):235-42.
32. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106(3):221-8.