

Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları

Hanife Özlem Sertel Berk*, Güler Bahadır**

ÖZET

Günümüzde kronik ağrı, toplumlarda bireylerin psikososyal durum ve işlevselliklerinin ciddi ölçülerde bozulması açısından evrensel bir problemdir. Kronik ağrı hastalarına yönelik araştırma, psikolojik değerlendirme ve tedavi süreçleri sıklıkla bilişsel-davranışçı yaklaşımın prensiplerine dayanmaktadır. Ancak Sharp, 2001 yılında yayınlanan makalesinde davranışçı yaklaşımın eksiklerini kapatmak için önerilen bilişsel-davranışçı yaklaşımların hala edimsel teori ve prensiplere dayandığını vurgulamaktadır. Bu doğrultuda Sharp'ın geliştirmiş olduğu "Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Kuram" kapsamında, kronik ağrı modelinin içine belli bilişsel faktörlerin de dahil edilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Sharp'ın öne sürdüğü bu modelin merkezinde yer alan bilişsel faktörlerin başında da "Ağrı İnançları" gelmektedir. Son yıllarda kronik ağrı alanındaki çalışmalar ağrının kronikleşme ve tedavi sürecinde özellikle ağrı inançlarının önemli rolünü ortaya koymaktadır. Türkiye'de bu konuda çalışmalara rastlanmadığı gibi, ağrı inançlarını ölçen bir materyal de bulunmamaktadır. Kronik ağrı ve özellikle ağrı inançları alanındaki literatür değerlendirildiğinde, Türkiye'deki çalışmalarda bu alanda göze çarpan eksiklik, ağrı inançlarının Türk Kültürü açısından da değerlendirilmesi gerekliliğini ve bu gerekliliğin önünde ve ötesinde ağrı inançlarını ölçmeye yarayacak bir materyalin Türk literatürüne kazandırılmasının ivediliğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Kronik Ağrı Yaşantısı, Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Model, Ağrı İnançları

SUMMARY

The experience of chronic pain and pain beliefs

Chronic pain is well appreciated as a universal problem in the sense that it causes serious impairment in the individuals' physical and psychosocial status of functioning. Research, psychological assesment and psychotherapeutic process towards chronic pain is most frequently based on the principles of cognitive-behavioral approach (CBA). However, Sharp criticised CBA for its ongoing dependency on the operant premises of the pure behavioral approach and proposed a "reformulated CBA" where the emphasis is on specific cognitive factors, primarily the pain beliefs. According to current studies in chronic pain, it is becoming increasingly apparent that pain beliefs play an important role in the maintainance and management of chronic pain. In Turkey, there are no studies and tools on pain beliefs. In this specific review, the literature on pain beliefs is discussed in terms of necessity of research and material development on pain beliefs that tab factors specific to Turkish culture.

Key words: Experience of Chronic Pain, Reformulated Cognitive Behavioral Model, Pain Beliefs

(*) İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı

(**) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Başvuru adresi:

Yard. Doç. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk, İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Laleli, İstanbul
Tel: (0 212) 455 57 00-15793 e-posta: osberk@istanbul.edu.tr

(*) Faculty Of Letters, Department of Psychology, İstanbul University

(**) İstanbul Faculty Of Medicine, Department of Psychiatry, İstanbul University

Correspondence to:

Hanife Özlem Sertel Berk, MD, Faculty Of Letters, Department of Psychology, İstanbul University, Laleli, İstanbul Turkey
Tel: (+90 212) 455 57 00-15793 e-mail: osberk@istanbul.edu.tr

Giriş

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

Kronikleşen ağrıda, yani uygun tedaviye rağmen geçmesi gereken sürede geçmeyen ve en az altı aydır devam eden durumlarda (Hildebrandt 1997, Bonica 1987), psikolojik mekanizmalar ağırlıklı olarak rol oynar ve tıbbi tedaviler öncesinde sıklıkla psikolojik-psikiyatrik değerlendirme gerekli olabilir.

Ağrıya yönelik psikodinamik açıklamalara bakıldığında, bu bakış açısının kaynağını Freud’un çalışmalarından aldığı göze çarpmaktadır. Freud, yazılarında dolaylı olarak ele almakla birlikte, ağrının bir konversiyon semptomu olduğunu, diğer bir deyişle bilinç dışı çatışmaların semptom yoluyla çözüldüğünü ifade etmektedir (Freud 1953-74). Psikodinamik yaklaşımlarda da ağrı bilinç dışı süreçlerdeki çatışmaların bir sembolü olarak değerlendirilir. Yani sıkıntı verici, nahoş ve ifade bulunamamış bir duygusal çatışma bedensel olarak ağrıya dönüştürülmektedir.

George Engel ve onun öne sürdüğü “ağrıya yakınlık” kavramı (1959) ise kronik ağrı literatürünün gelişiminde önemli rol oynamıştır. Engel’in formülasyonlarının “bilinç dışı”, “çatışma”, “suçluluk duygusu” gibi kavramları kullanması açısından psikanalitik kuramın etkisi altında olduğu açıkça görülmektedir. Ancak aynı zamanda kişinin ağrıyı nasıl yaşantıladığının, ağrıya nasıl bir anlam atfettiğinin ve ağrının hangi ailevi ortamlarda ve koşullarda kazanıldığının altını çizmesi bakımından bilişsel-davranışçı açıklamalar için de önemli referans kaynağı olmuştur.

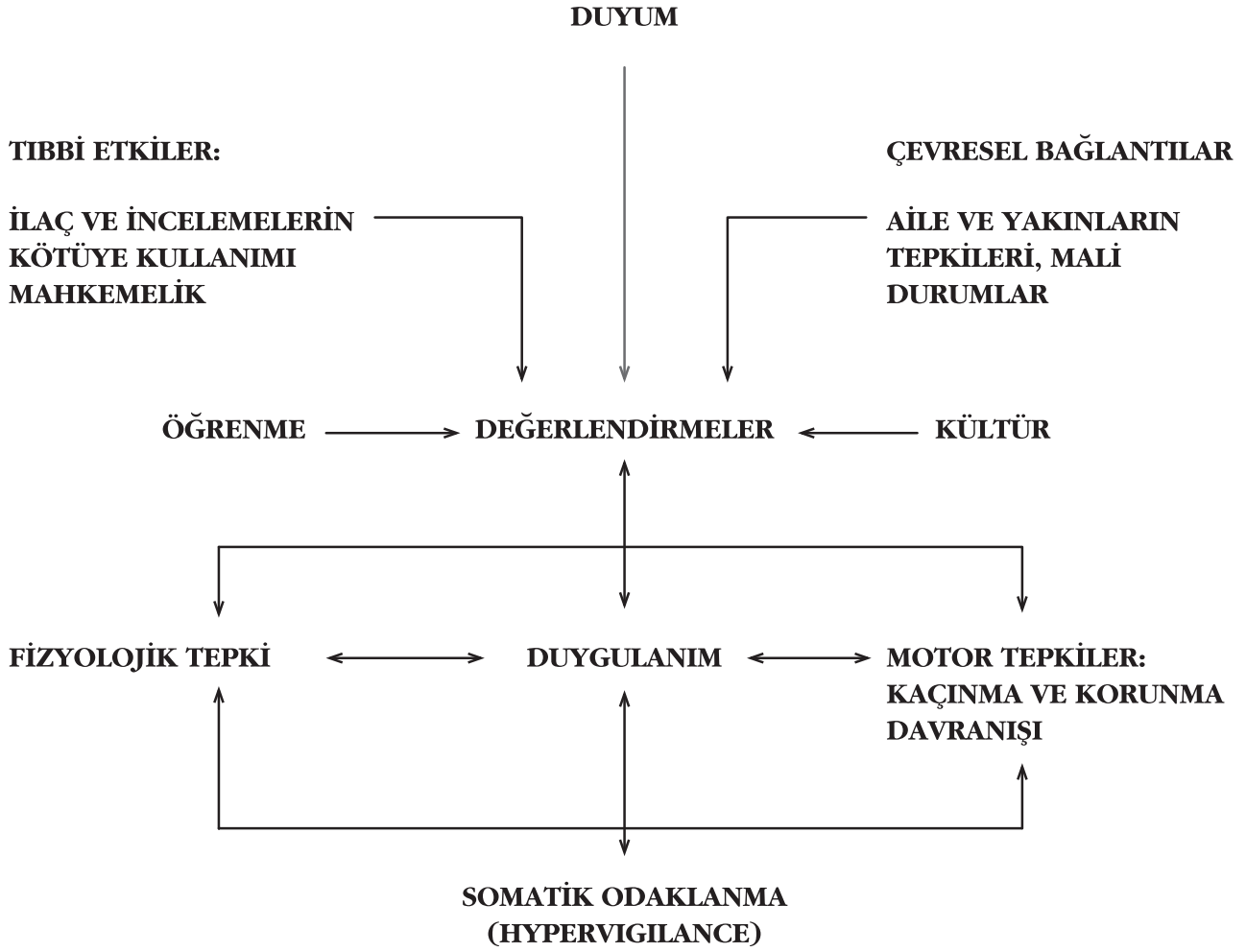
Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen ‘Kapı-Kontrol’ teorisiyle birlikte ise (Melzack & Wall 1965), o güne kadar tıp literatüründe ön planda olan ağrı yaşantısının fizyolojik özelliklerinin yanı sıra, beynin algı ve duygulanımlarla ilgili merkezleri de denkleme katılarak, ağrı yaşantısının öznel-duygusal özellikli bilişsel süreçlerinin de ele alınmasına olanak sağlanmıştır.

Her ne kadar Engel (1959) ve Melzack ve Wall (1965) kronik ağrıda bilişsel temaların altını çizmişse de, bilişsel-davranışçı yaklaşımın kronik ağrı literatüründe araştırma konusu olmaya başlaması ancak son yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu zamana kadar bu alanda yapılan çalışmalara davranışçı kavramlar hakim olmuştur (Sharp 2001). Bu bakış açısına göre ağrı ölçülemeyen bir kavram değil, bir davranış olarak ele alınmakta ve her davranışta olduğu gibi ağrının da çevresel uyaranlarla olan ödül-ceza ilişkisine göre pekişip öğrenildiği öne sürülmektedir. Bundan yola çıkarak, kronik ağrı literatüründe yer alan çeşitli araştırmalarda bu prensipler dahilinde değerlendirilecek iki kavram göze çarpmaktadır: ağrı davranışı ve ikincil kazançlar (Fordyce 1986).

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

Ancak, Sharp 2001 yılında yayınlanan makalesinde davranışçı yaklaşımın eksiklerini kapatmak için önerilen bilişsel-davranışçı yaklaşımların hala edimsel teori ve prensiplere dayandığını vurgulamaktadır (Sharp 2001). Davranışsal kriterler ölçülebilse ve tedavi kriteri olarak kullanılabilse dahi bazı hastalar edimsel prensipli tedavi amaçlarından hoşnut olmamakta ve tedaviyi kabul etmemektedir. Sharp, alanda yapılan pek çok bilimsel çalışmaya dayanarak geliştirdiği “yenilenmiş bilişsel-davranışçı model” önerisinde, davranışlardan ziyade hastanın bilişsel mekanizmalarını, yani düşünce ve değerlendirmelerini modelin merkezine yerleştirmiştir. Davranışlar ağrı odaklı bilişlerle olan ilişkileri bakımından önem taşımaktadır (Şekil 1).

Şekil 1’deki modelde de görülebileceği gibi bütün değişkenler aslında birbirleriyle etkileşim içindedirler ve birbirlerini beslemeye başlayabilirler. Bu noktada altını çizmek gerekir ki, eski bilişsel-davranışçı modelde pekiştirildiği düşünülen ağrı davranışdır. Oysa, yenilenmiş modele göre, tepkiler hastanın hem kaygısını hem de özürülük düzeyi ile ağrısına yönelik pasif tutum ve inançlarını pekiştirebilir. Ağrı ve ağrı davranışı bu yüzden devam eder, daha fazla tetkik ve tedavi girişimleri de



başarısızlıkla sonuçlanabilir. Sharp'ın modelinin odaklandığı en güçlü noktalardan birinin bu olduğu söylenebilir, çünkü Sharp burada göz ardı edilebilecek inançları sebebiyle düşük motivasyonlu olarak damgalanabilen hastaların bu yüzden yanlış değerlendirilebildiği ve onlara yanlış tedaviler önerildiğinin altını çizmektedir. Yeni model doğrultusunda bu hastalar ümitsiz ve gerçek-dışı bilişleri-inaçları olan bireyler olarak ele alındıkları takdirde bilişsel tedaviye uygun adaylar konumuna geleceklerdir.

Son yıllarda kronik ağrı alanındaki çalışmalar bu bilişsel mekanizmalar arasında yer alan ağrı inançlarının ağrının kronikleşme ve tedavi sürecinde önemli rolü olduğunu ortaya koymaktadır.

Ağrı İnançları

Kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden alan inançlar, bilişsel bakış açısında kişinin taşıdığı düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis inançların, düşünceler, tutumlar veya imajlar olabileceğini ve duyguların da birincil belirleyeni olduğunu ifade etmiştir (El-

lis 1988). İrrasyonel inançların uygunsuz duyguların, rasyonel inançların da uygun duyguların öncülleri olduğunu ileri sürmüştür. Ellis'e göre (1988), inançlar sabit gerçekler değil hipotezlerdir; gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilirler. Bu açıdan bakıldığında ağrı ile ilgili inançları gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilir hipotezler olarak görmek ağrı tedavilerinde büyük önem taşımaktadır.

Kronik ağrıya dair inançlarla ilgili literatüre bakıldığında, inançlar kavramının da öneminin özellikle son yıllarda takdir edilmeye başladığı göze çarpmaktadır. Nitekim, son 20 yılda bu başlığı kapsayan temel sayılabilecek yaklaşık 40 çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmı da yeni ölçekler geliştirme amacıyla yürütülmüştür.

Alanda yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu farklı ağrı inançları ve bu inançların ağrı şiddeti, işlevsellik düzeyi, ağrı kesici tüketimi, tedavi servis hizmetlerinin kullanım düzeyi gibi ağrıya uyum faktörleri ile ilişkisini sorgulamaktadır. Bunun yanı sıra, multidisipliner ağrı tedavi programlarının ağrı inançlarında ne denli değişim sağladığı da incelenmektedir. Ağrı ile baş etme becerile-

ri, farklı duyu durumları ve psikolojik işlevsellik bu inançlardan etkilenme düzeyi de alanda yapılan çalışmaların temel konularını oluşturmuştur.

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

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

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

Yine aynı ekip, bu çalışmayı takip eden araştırmalarında ise inançlar, katastrofize etme ve baş etme düzeylerindeki değişimlerin bu defa multidisipliner ağrı tedavisini izleyen ilerlemelerle bağlantısını sorgulamışlardır. Bu amaçla, 141 ağrı hastasının ağrıya uyum, ağrı inançları, katastrofize etme ve baş etme düzeylerini ölçmüşlerdir. Bunun yanı sıra, hastaların önemli yakınlarının da tedavi öncesi

ve tedavi sonrasındaki 6. ve 12. aylarda hastaların fiziksel işlevselliğini derecelendirmelerini istemişlerdir. Korunma ve dinlenme davranışlarında ve ağrının bir hasarın belirtisi olduğu inancında azalmaların özrürlük düzeyindeki azalma ile ilişkisini saptamışlardır. Ağrı üzerindeki kontrol algısında artış ve katastrofize etme ve özrürlü olduğu inancında düşüşlerin hastanın özrürlük bildirim, depresyon düzeyi ve ağrı şiddeti ile de korelasyonu olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçların kronik ağrıda bilişsel davranışçı modellerden çıkarılan olan “multidisipliner ağrı tedavi sonuçlarının hastanın inançları, bilişleri ve baş etme tepkileri ile ilişkili olduğu” hipotezini desteklediğini vurgulamışlardır (Jensen ve ark. 2001).

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

Aslında kontrol odağı kavramı ilk olarak, sosyal öğrenme teorisi çerçevesinde, kişinin tutum ve davranışlarının sonuçları üzerinde kontrol sahibi olmasıyla ilgili genel beklentilerini işaret etmek amacıyla, Rotter tarafından (Moreno ve ark. 1999) önerilmiştir. Daha sonra bu kavram, sağlık alanına içsel ve dışsal olmak üzere iki boyutuyla Wallston ve ekibi tarafından kazandırılmıştır (1976). Öyleyse, kontrol odağı söz konusu olduğunda, iki temel inançtan bahsedilmektedir; içsel, yani kişinin sağlığı ve ağrısı üzerinde kendi kontrolünün olduğu inancı ve dışsal, yani kişinin sağlığı ve ağrısı üzerinde kendisinin dışındaki faktörlerin kontrolü olduğu inancı. Wallston ve arkadaşları geliştirmiş oldukları Sağlık Kontrol Odağı Skalası’na göre (Health Locus of Control Scale), bu ikinci boyutun iki alt boyutu daha olduğunu gös-

termişlerdir; başkalarının gücü (power of others) ve şans (luck-chance) (Wallston ve ark. 1976).

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

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

Jensen ve Karoly tarafından yürütülmüş olan diğer bir çalışmada da (1991), ağrı kontrolü ile ilgili inançlar, baş etme becerileri ve ağrıya uyum arasındaki ilişkilere bakılmıştır. 118 kronik ağrı hastasının katıldığı bu çalışmanın sonuçları psikolojik işlevsellik, aktivite düzeyi ve tıbbi hizmet kullanımı olarak tarif edilen ağrı uyumu bileşenlerinden ilk ikisinin ağrının kontrol edilebileceği inancıyla pozitif bir korelasyonu olduğunu göstermiştir.

Bel ağrısı hastalarında kontrol inançları ile ilgili iki çalışma da sırasıyla Harkapaa (1991) ve Harkapaa ve ekibi (1991) tarafından yürütülmüştür. Bunlardan birincisinde Genel Sağlık Soru Formu-12 (General Health Questionnaire-12-GHQ-12) ile ölçülen psikolojik huzursuzluk ve Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Health Locus of Control Scale) ile ölçülen sağlık kontrol odağı inançlarının bilişsel ve davranışçı baş etme becerilerinin kullanımıyla olan ilişkisi değerlendirilmiştir. İnanç kontrol odağı daha dışta olanların ve daha yüksek düzeyde psikolojik huzursuzluk belirtisi gösterenlerin daha

yüksek düzeyde bel ağrısı şiddeti bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca daha aktif davranışsal baş etme stratejilerinin kullanımına, ağrı şiddetinden bağımsız olarak, bel ağrısına dair iç kontrol inancı daha yüksek olanlarda daha sık rastlandığı da gösterilmiştir.

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

Lipchik ve ekibi de (1993) bir multidisipliner ağrı ile baş etme tedavi programının, sürekli ağrısı olanların kontrol odağı ve ağrı inançları üzerindeki etkisini test etmişlerdir. Yataklı multidisipliner ağrı ile baş etme programına katılmış olan 50 kişilik hasta grubu, ayaktan rutin tedavi gören 46 kişilik bir başka hasta grubu ile tedavi öncesi ve sonrası ağrı kontrol odağı, ağrı inançları, ağrı şiddeti ve ağrı kesici tüketimindeki değişim açısından karşılaştırılmışlardır. Ayaktan tedavi gören hastalarda bu değişkenler açısından anlamlı bir farklılık görülmezken, yatarak tedavi gören hastalarda önemli değişiklikler saptanmıştır. Bu gruptaki hastalar, ağrı kesici kullanmayı bırakmış oldukları halde ağrı şiddetlerinin azaldığını bildirmişlerdir. Ayrıca bu grupta ağrı üzerindeki kişisel kontrol duygusunda artış ve ağrı kontrolünü diğerlerine ve şans faktörlerine atfetme düzeyinde de belirgin düşüşler görülmüştür. Araştırmacılar, her ne kadar yataklı multidisipliner ağrı ile baş etme programı benzeri bilişsel-davranışçı psikoterapötik müdahalelerin daha etkin olduğunu öne sürmüşlerse de bu sonuca şüphe ile bakmak gerekir. Çünkü çalışmalarının deseni aslında bu sonucun çıkarılmasını olanaklı kılmamaktadır. Başka bir deyişle, hastaların takip yöntemi (ayaktan ya da yatarak) tedavi türüne göre kontrol edilmemiştir.

Primer fibromyalji sendromu olan hastaların ağrı yaşantıları üzerindeki kontrol inançlarını irdeleyen

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

Bilişsel-davranışçı modelin temporomandibular ağrı bozukluklarında (TMD) uygulanımına bakan bir çalışmada ise, TMD hastalarının ağrı ile ilintili inançlarının ve baş etme düzeylerinin tedavi sürecinde semptomların ve özürülüğün gerilemesi ile ilişkisine bakılmıştır. Buna ek olarak, hastaların tedavi sonrası inanç ve baş etme düzeylerinin gelecekteki ağrı ve işlevselliği ne denli öngördüğü de incelenmiştir. Çalışmaya, rutin tedaviye ek olarak bilişsel-davranışçı müdahalenin eklendiği ve eklenmediği iki gruba ayrılan 139 TMD hastası alınmıştır. Hastalar tedavi öncesi ve tedaviden 3 ve 12 ay sonra değerlendirilmiştir. 3.ay takibinde, ağrıyı kontrol edebilme inancında yükselme ve pasif baş etmede azalmanın ağrıda, çene açmada ve depresyonda iyileşme ile bağlantısı bulgulanmıştır. Öte yandan, hastaların 3.ay takiplerindeki ağrı inanç ve baş etme düzeylerinin 12. aydaki ağrıyı ya da fiziksel ve psikolojik işlevselliği öngörebileceği gösterilememiştir. Ancak 3. ayda görülen pasif baş etme ve düşük ağrı kontrol inancının aktivite düzeyinde daha yüksek oranda azalmaları öncülleyebileceği saptanmıştır (Turner ve ark. 1995).

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

Ağrı inançları ile ilgili diğer çalışmalara bakıldığında beklenti inançlarının da önemli bir yer tuttuğu gözle çarpılmaktadır. Kronik ağrı ile ilintili olabile-

cek üç tür beklenti inancından bahsedilmektedir. Bunlardan ilk ikisi, kaynağını yine sosyal öğrenme kuramı kapsamında Bandura'dan (Moreno ve ark. 1999) almaktadır: sonuçlarla ilgili beklentiler ve kendine yetme (self-efficacy) beklentileri. Sonuçlarla ilgili beklentiye Bandura belli davranışların belli sonuçları doğuracağına dair inançlar olarak tarif etmektedir (1994). Bu doğrultuda, söz konusu kronik ağrı olduğunda, kullanılacak baş etme becerilerinin işe yaramayacağı inancının bu becerilerin kullanım düzeyini de olumsuz etkileyeceği ön görülmektedir.

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

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

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

Ağrıya spesifik beklenti inançları, algılanan semptom şiddeti ve kronik ağrıya uyum kavramları arasındaki ilişkiler yine Jensen ve Karoly tarafından bu defa 1992 yılında yapılan bir çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların özürülü olduklarına dair inançlarının orta ve yüksek düzeyde ağrı şiddeti bildirenlerin aktivite düzeyiyle ters orantılı bir ilişki içinde oldu-

ğu tespit edilmiştir. Aynı inancın psikolojik işlevsellik ve profesyonel hizmetlerin kullanım düzeyi ile de korele olduğu bulunmuştur. Ağrıyı azaltmada kendi davranışlarının işe yaramayacağı ve ağrının tedavisinin tıbbi olacağı inancı ise, yine sağlık hizmetlerinin kullanımı ile pozitif bir ilişki içindedir. Araştırmacılar, kişinin özürülü olup olmadığı ile ilgili taşıdığı inançların önemini vurgulamışlar ve ağrı şiddetinin inanç-ışlevsellik ilişkisini etkileyen önemli bir moderatör olduğunu tartışmışlardır (Jensen ve Karoly 1992).

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

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

Beklenti inançlarının üçüncüsü olan korku-kaçınma inançları (fear-avoidance beliefs) ise ağrı inançları literatüründe, diğerlerine kıyasla oldukça yeni bir yere sahiptir. Aslında "korku-kaçınma" terimi ilk defa Lethem ve arkadaşları tarafından ileri sürülmüştür (1983). Bu araştırmacılar abartılı ağrı algısını korku-kaçınma modeli ile açıklamaya çalışmışlardır. Öne sürdükleri bu modele göre ağrıya yönelik iki uç tepki bulunmaktadır: "adaptif tepki" ya da "yüzleşme" ve "adaptif olmayan tepki" ya da "kaçınma". Yüzleşme tepkisi gösterenler ağrıyı "geçici" olarak algılamakta ve kendilerini bu ağrıyla yüzleşmeye hazır kılmaktadır. Bununla birlikte bu kişilerin iş ya da günlük aktivitelerine dönme motivasyonları daha yüksektir. Bu durumda psikolojik mekanizmaların olumsuz etkileri da-

ha minör düzeyde olacaktır. Öte yandan kaçınma, kişilerin korku duydukları fiziksel özürülülük inançlarını artıran hem fiziksel hem de psikolojik sonuçlar doğuracaktır. Böyle bir durumda kaçınma davranışı hem korunmakta hem de sürmektedir (Lethem ve ark. 1983).

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

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

Alanda yer alan çalışmaların bir bölümü de daha spesifik ağrı inançlarının ölçülmesini hedefleyen ölçekler geliştirmeye odaklanmıştır. Bu girişimler ağrı inançları ile ilgili literatürdeki bu açığı kapatmaları bakımından önem taşımaktadır.

Schwartz ve arkadaşlarının 1985 yılında ağrı hastalarının inanç ve tutumlarının doğrudan ölçülmesi ile ilgili gerçekleştirmiş oldukları çalışma bu alan içinde bir ilk niteliği taşımaktadır. Araştırmacılar bu çalışmalarında ağrı hastalarına kronik ağrı hakkında çeşitli bilgileri kısa eğitimsel bir video kaydı aracılığı ile sunmuşlar ve hastalardan bu bilgilere ne denli katılıp katılmadıklarını (inanıp

inanmadıklarını) derecelendirmelerini istemişlerdir. Bu derecelendirmeler üzerinde yapılan faktör analizi neticesinde eğitim sonuçlarını etkileyen 4 faktör ortaya çıkmıştır: duyguların ağrıya etkisini kabul düzeyi, sunulan bilgiye atfedilen subjektif önem derecesi, tedavide kişisel sorumluluğun kabul düzeyi ve girişimsel olmayan tedavileri takdir düzeyi. Bu dört faktörün hastaların değerlendirilmesi ve tedavisindeki önemini vurgulamışlar ve hastalardan almış oldukları bu bilgilere dayanarak da Ağrı Bilgi ve İnançlar Soru Formu'nu (Pain Information and Beliefs Questionnaire) geliştirmişlerdir (Schwartz 1985).

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

1987 tarihli bir ölçek geliştirme çalışmasında Jensen ve arkadaşları tarafından Ağrı Atıfları Tarama Formu (Survey of Pain Attitudes-SOPA) geliştirilmiştir. Bu formda kronik ağrı yaşantısı ile ilgili atıflar 7 boyutta incelenmektedir; ağrı kontrolü, ağrı ile bağlantılı özürllülük, diğerlerinin ilgisi, ağrı ile ilgili tıbbi tedaviler, ağrıya yönelik ilaç tedavisi, duygusallık (duyguların ağrı üzerinde etkisi) ve fiziksel zarar (Jensen ve ark. 1994). SOPA'nın psikososyal özürllülük, fiziksel aktivite düzeyi (Jensen ve Karoly 1991), profesyonel tıbbi hizmetlerin kullanım sıklığı (Jensen ve Karoly 1992) ve fiziksel özürllülük (Jensen ve ark. 1994) gibi faktörlerle de ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

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

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

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

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

Bu çalışmanın ardından Edwards ve çalışma arkadaşları da (1992) ağrı hastaları ile çalışırken, hastaların ağrı belirtisinin sebeplerine dair psikolojik ve organik atıflarının etkileşiminin önemini vurgulamışlar ve ağrı inançlarını ölçmeye yönelik PBPI'a alternatif bir envanter geliştirmişlerdir. Yapmış oldukları faktör analizleri sonucunda Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar olarak nitelendikleri iki boyuta ayrılan ve "Ağrı İnançları Ölçeği" (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) olarak isimlendirdikleri bu soru formu ile uzun süreli ağrıdan muzdarip olan kişilerin ağrının sebep ve sonuçları ve ağrı yaşantılarını etkileyebilecek faktörlerle ilgili taşıyabilecekleri inanç ve atıfları ölçmeyi hedeflemişlerdir. Bu çalışmanın sonucuna göre de kronik ağrı hastaları ve ağrısız olmayan normal grup arasında ağrının sebepleri ile ilgili

inanç atıfları açısından anlamlı farklılıklar tespit etmişlerdir. Kronik ağrı hastaları organik faktörleri daha fazla dile getirirken, kontroller ağrı ile ilgili yaşanan problemlerin sorumluluğunu daha büyük oranda psikolojik faktörlere yüklemişlerdir. Bunun yanı sıra, kronik ağrı hastalarında daha fazla görülen organik atıflar ile ağrının dış faktörler tarafından kontrol edildiği inancı arasında da anlamlı korelasyon bulunmuşlardır (Edwards ve ark. 1992).

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

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

rın kullanıldığı bir çalışma henüz bulunmamaktadır.

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

Sonuç ve Tartışma

Tüm bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, ağrı inançları, baş etme becerileri, olumsuz duygudüşünce yapılanmaları ya da ağrıya uyum gibi diğer bilişsel ve davranışsal yapıları etkileyen önemli bir moderatör olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu çalışmalar her ne kadar içsellik, beklenti, baş etme becerileri ve ağrıya olumlu yönde uyum değişkenleri arasındaki ilişkiyi destekliyor olsa da bu çalışmaların çoğunluğunun bu ilişkiler arasındaki nedensel örüntüyü test etmediğinin de altı çizilmelidir. Ağrı inançlarının sosyodemografik faktörler ve aynı zamanda ağrının hangi bileşenleri ile nasıl etkileştiğine dair spesifik bir çalışma olmadığı da göze çarpmaktadır. Üstelik, söz konusu çalışmalar, tedavilerin özellikle hangi tür hastalarda, hangi tür ağrılarda ve hangi koşullarda kullanımı ile ilgili yeterli verileri de içermemektedir.

Türkiye'de ise kronik ağrı alanında yapılmış olan psikiyatrik ve psikolojik yönelimli çalışmaların büyük bir çoğunluğu psikiyatrik morbidite ve psikososyodemografik değişkenlerin bildirim açısından tanımsal özellikler taşımakla birlikte, ağrı yaşantısına eşlik eden kişilik örüntüleri, aile öyküsü ve olumsuz düşünce sıklığı ve başa çıkma yöntemlerini konu alan araştırmalara da rastlanmakta-

dır (Yazıcı ve ark. 2003; Aslan ve Nazlıel 2002; Yücel ve ark. 2002a, b; Bekaroğlu ve ark. 1994; Dilbaz ve ark. 1997; Kocabaş ve Çelebi 1997; Battal ve ark. 1987).

Öte yandan, Türk toplumunda Sharp'ın (2001) yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde ileri sürdüğü ve tartıştığı ağrı inançları kavramını irdeleyen herhangi bir çalışma görülmediği gibi bu inançların ayırt edilmesi ya da ölçülmesine olanak sağlayacak bir ölçek geliştirme çalışması da henüz gerçekleşmemiştir.

Ağrı inançları alanında dünya literatüründe yer alan çalışmalardaki eksiklikler doğrultusunda, Sharp'ın yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde ele aldığı bileşenler ve ağrı inançları arasındaki ilişkiler açısından; 1.ağrının şiddeti, başlangıç yaşı, süresi, ilaç kötüye kullanım düzeyi gibi ağrı özellikleri ve yaş ile ağrı inanç atıfları arasındaki ilişkiler ve 2. ağrı ile ilgili inanç atıflarının ağrı türüne, yaşa, cinsiyete, eğitime, medeni duruma ve hastalık, psikopatoloji ve ağrı soygeçmiş bildirimine ve ağrının şiddet ve sıklığı ile ağrı ile ilgili davranış ve tutum örüntülerine göre nasıl değiştiğini de incelemenin gerekli olduğunun altı çizilmelidir.

Bunun önünde ve ötesinde, Türk toplumu açısından da bakır olan bu alanda, ağrı inançları ile ilgili tüm bu bileşenleri değerlendirmenin, Türkiye'deki kronik ağrı literatürüne yeni bir çalışma alanı kazandırması bakımından, büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C: Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain* 1995; 63, 77-84.
- Aslan S, Nazlıel B: Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanılabilir değerlendirme. *Yeni Symposium* 2002; 40(1), 10-14.
- Bandura A: Self-efficacy. In *Encyclopedia of Human Behaviour*. V.S. Ramachaudran (Ed.). Vol.4. New York:Academic Press, 1994. pp. 71-81.
- Battal S, Gülçat Z, Güven Z: Psikojenik ağrı bozukluklarında kişilik örüntüsü, aile öyküsü ve tedavi yaklaşımı. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Serbest Bildiri Özetleri Kitabı. Ercivan Matbaası-İstanbul. 14-18 Eylül 1987, s:17-18.
- Bekaroğlu M, Coşar A, Livoğlu M, Çiftçi A: Bir grup tıp öğrencisinde baş ağrısı sıklığı ve bazı özellikleri üzerine bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5(3), 205-208.

- Bonica JJ: Importance of the problem. In S.Anderson, M.Bond, M.Mehta, & M.Swerdlow (Eds.). *Chronic Non-Cancer Pain*. Lancaster:MTP Press. 1987. pp. 11-14.
- Brown C: The beliefs of people with chronic pain in relation to 'important' treatment components. *Eur J Pain* 2004; 8(4), 325-333.
- Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, Kay DR, Hewett JE: Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain* 1994; 59, 377-384.
- Coughlin AM, Badura AS, Fleischer TD, Guck TP: Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(6), 739-740.
- Crisson, JE, Keefe, FJ: The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain* 1988; 35(2), 147-154.
- Dilbaz N, Özen AR, Ozan G, Güz H: Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. 4.Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi Bildiri özet Kitabı. M.Özkan (Ed.). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi. İstanbul. 30 Ekim-1 Kasım 1997. pp. 226-234,
- Edwards LC, Pearce CA, Turner-Stokes L, Jones A: The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain* 1992; 51, 267-272.
- Ellis A: Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers. A. Ellis, J.F. McInerney, R. DiGiuseppe & R.J. Yeager (Eds.). Pergamon Press-New York. 1988. pp.6-7.
- Engel GL: Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959; June, 899-918.
- Fordyce WP: Learning process in pain. In R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. New York-Raven Press. 1986. pp. 49-56.
- Freud S: Inhibitions, Symptoms, and Anxiety. In J.Stratchey (Ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol.XX. London:Hogarth Press. (1953-74).
- George SZ, Fritz JM, Erhard RE: A comparison of fear avoidance beliefs in patients with lumbar spine pain and cervical spine pain. *Spine* 2001; 26(19), 2139-2145.
- Harkapaa K: Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin Jour Pain* 1991; 7, 275-282.
- Harkapaa K, Jarvikoski A, Mellin G, Hurri H, Luoma J: Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low back pain patients: Results of a 3 month follow-up of a controlled intervention study. *Pain* 1991; 46, 35-41.
- Hildebrandt J: Treatment and rehabilitation of chronic pain patients. *Anaesthetist* 1997; 46(6), 516-27.
- The International Association for the Study of Pain: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, clinical neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8, 1-96.
- Jensen MP, Karoly P: Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59, 431-438.
- Jensen MP, Karoly P: Pain-specific beliefs, perceived symptom severity and adjustment to chronic pain. *Clin J Pain* 1992; 8, 123-130.
- Jensen MP, Karoly P, Huger R: The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *J Psychosom Res* 1987; 31, 393-400.
- Jensen MP, Keefe FJ, Lefebvre JC, Romano JM, Turner JA: One- and two item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain* 2003; 104, 453-469.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM: Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991; 44, 263-269.

- Jensen MP, Turner JA, Romano JM: Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain* 1992: 51, 273-280.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM: Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001: 69, 655-662.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK: Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994: 57, 361-369.
- Kocabaş Z, Çelebi A: Migren ve gerilim baş ağrısında anksiyete, depresyon ve nörotik eğilim düzeyleri. *Düşünen Adam* 1997: 10(3), 17-21.
- Lau RR: Origins of health locus of control beliefs. *J Pers Soc Psychol* 1982: 42(2), 322-334.
- Lethem J, Slade PD, Troup JDG, Bentley G: Outline of a Fear-Avoidance Model of Exaggerated Pain Perception-I. *Beh Res Ther* 1983: 25, 273-279.
- Lipchik GL, Milles K, Covington EC: The effects of multidisciplinary pain management treatment on locus of control and pain beliefs in chronic non-terminal pain. *Clin Jour Pain* 1993: 9, 49-57.
- Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR: Development and Evaluation of a Scale to Measure Perceived Self-Efficacy in People with Arthritis. *Arthritis Rheum* 1989: 32, 37-44.
- Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965: 150, 971-79.
- Moreno MI, Garcia MI, Pareja MA: Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain* 1999: 3(1), 75-87.
- Pastor MA, Salas E, Lopez S, Rodriguez J, Sanchez S, Pascual E: Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *Br J Rheumatol* 1993: 32(6), 484-489.
- Rainville J, Ahern DK, Phalen L: Altering beliefs about pain and impairment in a functionally oriented treatment program for chronic low back pain. *Clin J Pain* 1993: 9, 196-201.
- Riley JF, Ahern DK, Follick MJ: Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Arch Phys Med Rehabil* 1988: 59, 579-582.
- Schwarz DP, DeGood DE, Shutty MS: Direct assessment of beliefs and attitudes of chronic pain patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1985: 66, 806-809.
- Sharp TJ: Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioral model. *Beh Res Ther* 2001: 39, 787-800.
- Skevington SM: A standardized scale to measure beliefs about pain control (BPCQ): a preliminary study. *Health Psychol* 1990: 4, 221-232.
- Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL: The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain* 1999: 84, 347-352.
- Tait RC, Chibnall JT: Development of a brief version of the survey of pain attitudes. *Pain* 1997: 70, 299-235.
- Turner J, Jensen MP, Romano J: Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *Pain* 2000: 85, 115-125.
- Turner JA, Whitney J, Dworkin SF, Massoth D, Wilson L: Do changes in patient beliefs and coping strategies predict temporomandibular disorder treatment outcomes? *Clin J Pain* 1995: 11(3), 177-188.
- Turk D, Rudy T: Neglected topics in the treatment of chronic pain patients – relapse, noncompliance and adherence enhancement. *Pain* 1991: 44, 5-28.
- Walston BS, Walston KA, Kaplan GD, Maides SA: Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976: 44(4), 580-585.
- Williams DA, Robinson ME, Geisser ME: Pain beliefs: assessment and utility. *Pain* 1994: 59, 71-78.
- Williams DA, Thorn BE: An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989: 36, 351-358.
- Woby SR, Watson PJ, Roach RK, Urmston M: Adjustment to chronic low back pain-the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisal of control. *Beh Res Ther* 2004: 42(7), 761-774.
- Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V: Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003: 13, 72-77.
- Yücel B, Kora K, Özyalçın S, Alçalar N, Özdemir O, Yücel A: Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache* 2002a: 42(3), 194-9.
- Yücel B, Özyalçın S, Sertel HO, Çamlıca HO, Ketenci A, Talu GK: Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain. *Clin J Pain* 2002b: 18(6), 394-401.