

# Kronik bel ağrısı olan hastalara aile hekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili?

Family medicine approach to the patients with chronic low back pain: How effective is it?

İpek Tanyıldızı<sup>1</sup>, Vildan Mevsim<sup>2</sup>

## Özet

**Amaç:** Kronik idiyopatik bel ağrısı (KİBA) olan hastaların biyopsikososyal ve multidisipliner yaklaşım ile tedavileri sonucunda ağrı, fiziksel bağımlılık, hayat kalitesi ve depresyon düzeylerindeki değişimin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** KİBA olan 30 hasta randomize edilerek çalışma ve kontrol grubuna ayrılmış ve altı ay takip edilmişlerdir. Çalışma grubu hastalarına aile hekimliği ilkeleri uygulanmış, kontrol grubuna ek müdahalede bulunulmamıştır. Hastaların takipleri sonucunda, hayat kalitelerindeki, depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişim; SF 36 hayat kalitesi ölçeği, Beck depresyon envanteri, Vizüel analog skalası ve Oswestry engellilik indeksi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma grubundaki hastaların egzersiz uyumlarının ( $p<0,001$ ) kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, hayat kalitesinin fiziksel güçlülük ( $p=0,03$ ) ve ağrı ( $p<0,001$ ) alt birimindeki artışın çalışma grubunda anlamlı olduğu bulundu. Ağrı şiddetindeki azalma hem çalışma grubunda ( $p=0,00$ ,  $z=-2,85$ ) hem de kontrol grubunda ( $p=0,02$ ,  $z=-2,15$ ) anlamlı bulunmuştur. Depresyon skorlarında gruplar arasında fark saptanmamıştır ( $p=0,24$ ,  $z=-1,12$ ). Çalışma grubundaki hastaların fiziksel bağımlılık düzeylerinde anlamlı azalma bulunmuştur ( $p=0,04$ ,  $z=-1,95$ ).

**Sonuç:** KİBA olan hastaların aile hekimliği yaklaşımı ile düzenli takip edilmeleri; egzersiz uyumunu ve hayat kalitesini arttırmakta, bel ağrısına bağlı fiziksel bağımlılık düzeylerini ise azaltmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kronik bel ağrısı, aile hekimliği, biyopsikososyal yaklaşım, yaşam kalitesi, ağrı yönetimi.

## Summary

**Objective:** Treatment of back pain with biopsychosocial treatment and multidisciplinary approach was used to identify the change in pain, physical disability, quality of life and depression levels in chronic idiopathic low back pain (CIBP) patients.

**Methods:** Randomised 30 patients of CIBP as study and control, were followed for six months. Family medicine principles applied to the study group, no intervention was used in control group. The alteration of life quality, depression, pain and physical disability of patients were evaluated by SF-36 life quality index, Beck depression inventory, visual analogue scale and Oswestry disability index.

**Results:** In study group, exercise adaptation ( $p<0.001$ ;  $r=0.001$ ) was higher than control group. Increase in physical role limitation ( $p=0.03$ ;  $z=-2.15$ ) and pain ( $p<0.001$ ,  $z=-2.89$ ) subunits of life quality index were found significant in study group. Decrease in pain scores were significant in both study ( $p=0.00$ ,  $z=-2.85$ ) and control ( $p=0.02$ ;  $z=-2.15$ ) group. There was no statistically difference in depression scores between groups ( $p=0.24$ ;  $z=-1.12$ ). Physical disability levels were significantly decreased ( $p=0.04$ ;  $z=-1.95$ ) in study group.

**Conclusion:** Regular following up CIBP patients by family medicine approaches, increase compliance of doing exercise and quality of life, also decrease physical disability depending on back pain.

**Key words:** Chronic low back pain, family medicine, biopsychosocial management, life quality, pain management.

## Giriş ve Amaç

Kronik idiyopatik bel ağrısı (KİBA) hem medikal hem de sosyoekonomik bir problemdir. Endüstrileşmiş ülkelerdeki en pahalı benign hastalık olarak görülmekte, fiziksel yetersizliğin de en sık nedenini oluşturmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Yaşam boyu bel ağ-

rısı prevalansı %49-70 arasında değişmektedir.<sup>[3]</sup> Bel ağrısı kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemekte, 45 yaş altı kişilerde iş yetersizliğinin en önemli ve en maliyetli sebebinin oluşturmaktadır.<sup>[4]</sup> Yapılan araştırmalarda bel ağrısının önlenmesinin, iş gücü kaybının azaltılmasında ve hayat kalitesinin

Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Eylül 2006 tarihinde onay alınmış ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu Saymanlığı tarafından proje no 2006. KB. SAG. 25 ile proje olarak desteklenmiştir. 18-21 Mart 2010 tarihinde Antalya Rixos Sungate otelinde düzenlenen 'The Second Primary Care Congress' adlı kongrede poster olarak sunulmuştur (Abstractno: PP-40).

1) Abdulkadir Konukoğlu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Gaziantep  
2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Doç. Dr., İzmir

iyileştirilmesinde önemli yer tuttuğu gösterilmiştir.<sup>[5]</sup>

Skapula altından kalça üzerine kadar olan bölgede yer alan, alt ekstremiteye yayılabilen ağrı olarak tanımlanan bel ağrısı, 12 haftadan uzun sürdüğünde kronik bel ağrısı (KBA) olarak adlandırılmaktadır.<sup>[3,6,7]</sup> Spesifik patolojiler dışında tam olarak görülmeme yöntemleriyle açıklanamayan bel ağrısı, idiyopatik (spesifik olmayan) olarak tanımlanmakta ve 'lumbago', 'bel incinmesi', 'mekanik ağrı' gibi adlar da verilmektedir.<sup>[3,4,8]</sup> Bel ağrısı nedenleri mekanik, visceral ve mekanik olmayan olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>[4]</sup> Bunlar içinden mekanik bel ağrısı (%97) en önemli sebebi oluşturmakta ve bu grupta idiyopatik bel ağrısı %70 ile en büyük yeri kaplamaktadır.<sup>[9,10]</sup> Bel ağrısının yaş dağılımı 35-64 yaşlar arasındadır.<sup>[7,11]</sup> Altmış beş yaş ve üstünde ise bel ağrısı daha çok kanser, basıya bağlı kırık, spinalstenoz ve aort anevrizması gibi nedenlerle oluşmaktadır.<sup>[4]</sup>

KİBA'nın etiyolojisi tam olarak anlaşılacakla beraber ağrının fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler kadar iş ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır.<sup>[12]</sup> Bu nedenle KİBA'nın risk faktörleri kişisel (yaş, fiziksel stres, sigara içmek, obezite, kötü yaşam koşulları), psikososyal (stres, ağrı davranışı, vs.) ve işe bağlı faktörler (ağır yük taşımak, eğilmek ve bükülmek, iş memnuniyetsizliği, iş ilişkileri, sosyal destek) olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>[4,9]</sup> Yapılan araştırmalarda artan yaşın, kadın cinsiyetin, vücut kitle indeksindeki artışın, eğitim seviyesinin düşük olmasının, depresyonun, stresin, iş memnuniyetsizliğinin ağrının artması ve uzamasında etkili olabileceği görülmüştür.<sup>[1,4,13,14]</sup>

Bel ağrısının yönetiminde egzersiz eksikliği, psikolojik faktörler, kişinin ağrı algısı ve ağrıya olan yaklaşımının dikkate alınması önemli yer tutmaktadır.<sup>[6,9,11,15]</sup> KİBA yönetiminde hastalara genel olarak uygulanan medikal tedavi (analjezikler, steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar, miyorelaksanlar, steroidler, antidepresanlar) ve egzersiz tedavileri<sup>[7,16]</sup> dışında biyopsikosozyal yaklaşımın da etkili olduğu görülmüştür.<sup>[16-19]</sup>

Biyopsikosozyal yaklaşım bilişsel davranışçı tedavi ve problem çözücü tedavi stratejilerini içermektedir. Bu yöntemde amaç, hasta merkezli bir değerlendirme ile kişiye kendini değerlendirme ve problem çözme becerisini kazandırmaktır. Bu şekilde kişiler kendi yanlışlarını bulmayı öğrenir, hastalığını kavrar ve çözüm yönünde davranışlar

geliştirmeye başlarlar. Bilişsel davranışçı tedavi ve egzersizin medikal tedaviye eklenmesi tedaviyi olumlu etkilemektedir.<sup>[1,17]</sup>

Aile hekimliği yaklaşımı ise kişiyi sadece birey olarak değil, çevresi ve sosyal yaşantısıyla beraber bir bütün olarak algılar. Kişinin hastalığına nasıl yaklaştığı ve bununla başa çıkma yollarını anlamaya çalışır. Bu şekilde kişinin hastalığı ile ilgili inanışları, korkuları, beklenti ve ihtiyaçları belirlenir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri kendi hastalarını tanımakta ve her bir kişiyi çevresi ve sosyal yaşamı ile beraber değerlendirme fırsatı yakalamaktadırlar. Buna kişilerin hastalıkları ile ilgili eğitimi de eklenirse bel ağrısının tedavisinde aile hekimliği yaklaşımının önemli bir rol oynaması beklenmektedir.

Bu çalışmada da KİBA olan hastaların ağrı, fiziksel bağımlılık, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerindeki değişimin saptanması için aile hekimliği yaklaşımının bir parçası olan biyopsikosozyal yaklaşım kullanılmış ve aile hekimliği yaklaşımının bel ağrısı üzerine etkinliği araştırılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma randomize kontrollü çalışma olarak tasarlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Etik Kurulundan Eylül 2006 tarihinde onay alınarak başlanan çalışma, DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı tarafından (proje no: 2006.KB.SAG.25) desteklenmiştir.

DEÜ fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) kliniğine 12 haftadan uzun süredir sebebi bilinmeyen bel ağrısı (radyografide yaşları ile uyumlu normal değişiklik bulunanlar) nedeniyle başvuran 18 ile 65 yaş arasındaki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Nörolojik defisiti, iskelet deformitesi, konjenital, dejeneratif veya inflamatuvar hastalığı, egzersiz sırasında göğüs ağrısı, yüksek tansiyonu, konjestif kalp hastalığı veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kırık, DSM IV-TR'de tanımlanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve malignansiye bağlı ağrısı olanlar ile gebe veya laktasyon dönemindeki kadınlar ve herhangi bir spinal cerrahi geçirenler çalışmaya alınmamıştır.

Araştırmaya gönüllü olan ve dahil etme kriterlerine uygun olan 30 hasta, BS randomizasyon programından elde edilen sayılara göre rastgele olarak yerleştirilmiştir. Ancak çalışma grubundan ve kontrol grubundan birer hasta takibe gelemeyeceklerini açıklamışlar ve çalışma altı aylık hasta

izlemi yapılarak 30 hasta (15 çalışma ve 15 kontrol) ile sonlandırılmıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara ilk görüşmede, sosyodemografik özelliklerinin, bel ağrısı ile ilgili inanışlarının ve bel ağrısına neden olabilecek faktörlerin sorgulandığı; hastanın öyküsünü ve kırmızı bayrakların da tarandığı fizik muayene bulgularını içeren bir ön form uygulanmıştır. Bu formula, hastaların genel sağlık durumları ve kullandıkları ilaçlar belirlenmiş ayrıca hastalıklarıyla ilgili inanışları sorgulanarak yanlış inanışları ortaya çıkarılmıştır.

Kontrol grubundan farklı olarak çalışma grubu hastalarına ilk görüşmede, çalışmanın amacı anlatılmış, hastanın doktordan beklentileri ve doktorun hastadan beklentileri konuşulmuştur. Bu hastaların durumları ve takipleri süresince; ağrıya neden olabilecek fiziksel nedenler araştırılmış, bel ağrısının tanı ve ayırıcı tanısı yapılmış, acil durumlar ve fizik muayene bulgularında değişim olup olmadığı kontrol edilmiştir. Fizik muayene sonucunda izlemde yeni ya da kaçırılmış nörolojik hasar tespit edilen hastalar ilgili polikliniklere yönlendirilmişlerdir. Hastanın yaşına, cinsiyetine ve kişisel özelliklerine göre gerekli laboratuvar ve radyolojik yöntemler kullanılarak, oluşabilecek diğer hastalıkların risk değerlendirmesi yapılmış, başka bir hastalık varlığında müdahalede bulunulmuş ve hastalığı ile ilgili olarak takibe alınmış, gerektiğinde diğer anabilim dallarına danışılmıştır. Bu nedenle altı ay içerisinde her hasta ile en az beş görüşme yapılmakla beraber, ek hastalığı olanlar gerekli görüldükçe ek görüşmelere çağrılmışlardır. Yapılan görüşmelere hasta yakını da davet edilmiş, hastanın hastalığı, ev yaşamını nasıl etkilediği, hastadan ne bekledikleri ve hastanın onlardan ne beklediği üzerine görüşme yapılmıştır.

Bel ağrısının tanımı, nedenleri, bel ağrısı ile ilgili yanlış inanışlar ve günlük hayatta uyulması gereken kurallar ile ilgili bilginin yanı sıra, hastalardan yapmaları istenen bel egzersizlerinin önemini kısaca anlatıldığı bel ağrısı kitapçığı hazırlanmış ve anketlerin uygulanmasından sonra çalışma grubu hastalarına verilmiştir. Bu kitapçık doğrultusunda hastanın hastalığına bakış açısı, hastalığın ev, iş ve sosyal yaşamına etkileri, bel ağrısını arttırabilecek çevresel risk faktörleri üzerinde durulmuştur. Evde ve işte bel ağrısına neden olabilecek faktörler, stres kaynakları, yaşadığı güncel sorunlar belirlenmeye çalışılmış, yanlış davranışlar ve inanışlar üzerine konuşulmuş ve ortak çözümler aranmıştır. Kitapçık

içerisinde ayrıca, takipleri sırasında bel egzersizlerini yaptıkları günleri belirlemek için takvim oluşturulmuştur. Takvimin düzenli işaretlenmesi ile hastanın kendini kontrol etmesi ve altı ay sonunda egzersizlerin düzenli olarak yapıldığının saptanması amaçlanmıştır. Takip sonunda çalışma grubu hastalarından bu kitapçıklar toplanmış ve egzersiz düzenliliği değerlendirilmiştir. Egzersizi düzensiz yapan hastalarla, buna neden olan faktörler üzerinde konuşulmuş ve hastanın tarif ettiği engeller doğrultusunda ortak çözümler aranmıştır. Vücut kitle indeksi fazla olan hastalara bel egzersizlerine ek olarak diyetisyen eşliğinde diyet ve egzersiz programı da düzenlenmiş ve takipleri yapılmıştır. Hastalar bu doğrultuda altı ay boyunca takip edilmiş ve uygulanan yaklaşım, hastaların yaşam kalitesindeki ve depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişim ile değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu hastalarıyla iki görüşme yapılmış; ilk ve son görüşmelerde ön form ve ölçekler (SF-36, BDE, VAS, OSW) uygulanmıştır. Bu hastalara çalışma sonuna kadar hiçbir müdahalede bulunulmamış, altı ayın sonunda DEÜ aile hekimliği polikliniğine davet edilerek periyodik muayeneleri yapılmıştır.

### Kullanılan gereçler

Yaşam kalitesindeki ve depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişimin saptanması için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Görsel Analog Skala ve Oswestry Engellilik İndeksi ilk ve 6 ay sonundaki görüşmede tüm hastalara uygulanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36): Hastaların yaşam kalitelerindeki değişimin ölçülmesi için kullanılan, kısa, kolay uygulanabilir, 36 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Ölçekte fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/canlılık, ağrı ve sağlığın genel algılanması alt birimlerinin ölçümü yapılmaktadır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.<sup>[20]</sup> SF-36'nın Türkçe çevirisinin bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır.<sup>[21]</sup>

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Hastaların depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için uygulanmıştır. Sağlıklı ve psikiyatrik hastalığı olan kişi-

lerde depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Toplam en yüksek puan 63'tür. 0-12 puan arası depresyon yok, 13-18 puan arası hafif derecede depresyon, 19-28 puan arası orta derecede depresyon, 29-63 puan arası ağır depresyon olarak değerlendirilir.<sup>[22]</sup> Uygulayıcının özel bir niteliği olması beklenmemektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>[23]</sup>

**Görsel (vizüel) Analog Skala (VAS):** Ağrı düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Ağrı skalası üzerinde 0=ağrı yok, 2=hafif, 4=orta şiddette, 6=şiddetli, 8=çok şiddetli, 10=dayanılmaz olarak belirtilmektedir.<sup>[24,25]</sup> Hastada bu ölçek ile ağrı şiddeti kantitatif olarak ölçülmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Price ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.<sup>[26]</sup>

**Modifiye Oswestry Engellilik Formu (OSW):** Hastaların bağımlılık düzeylerinin ölçümünde kullanılmaktadır. Fairbanks tarafından tanımlanan, daha sonra Hudson-Cook tarafından modifiye edilen bu skala, değerliliği ve tekrar edilebilirliği nede-

niyle bel ağırlı hastaların fonksiyonel yetersizlik ölçümünde duyarlı bir skala olarak önerilmektedir. En yüksek puan 50 olup, 1-10 puan arası hafif fonksiyonel yetersizlik, 11-30 puan arası orta fonksiyonel yetersizlik, 31-50 puan arası ağır fonksiyonel yetersizlik olarak değerlendirilir.<sup>[27]</sup> Türkçe güvenilirlik çalışması Yakut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>[28]</sup>

Çalışmada SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı analizlerden (aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma, frekans dağılımları) yararlanılmıştır. Hasta sayısının azlığı ve dağılımın normal dağılıma uymaması nedeniyle nonparametrik testler kullanılmıştır. Grup içi (bağımlı gruplar) karşılaştırmalarda Wilcoxon t testi, gruplar arası (bağımsız gruplar) karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Süreksiz değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışma 32 hasta ile başladı, ancak her grup-

**Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

Değişkenler	Çalışma s (%)	Kontrol s (%)	Toplam s (%)	p
<b>Cinsiyet</b>				<b>0,66</b>
Erkek	4 (26,7)	3 (20,0)	7 (23,3)	
Kadın	11 (73,3)	12 (80,0)	23 (76,7)	
<b>Yaş ortalama (ortanca)</b>	<b>51 ± 8,4 (49)</b>	<b>43,5 ± 12,9 (42)</b>	<b>47 ± 11,4 (47,5)</b>	<b>0,10</b>
<b>Medeni Durum</b>				<b>0,09</b>
Evli	13 (86,7)	9 (60,0)	22 (73,3)	
Bekar	-	2 (13,3)	2 (6,7)	
Boşanmış ya da dul	2 (13,3)	4 (26,7)	6 (20,0)	
<b>Sağlık Güvencesi</b>				<b>0,30</b>
Var	15 (100,0)	14 (93,3)	29 (96,7)	
Yok	-	1 (6,7)	1 (3,3)	
<b>Eğitim Durumu</b>				<b>0,89</b>
Okuryazar olmayan	1 (6,7)	2 (13,3)	3 (10,0)	
İlk ve ortaokul mezunu	3 (20,0)	3 (20,0)	6 (20,0)	
Lise mezunu	6 (40,0)	6 (40,0)	12 (40,0)	
Üniversite mezunu	5 (33,3)	4 (26,7)	9 (30,0)	
<b>Çalışma Durumu</b>				<b>0,26</b>
İşi var	6 (40,0)	10 (66,7)	16 (53,3)	
İşi yok	9 (60,0)	5 (33,3)	14 (46,7)	
<b>Toplam</b>	<b>15 (50,0)</b>	<b>15 (50,0)</b>	<b>30 (100,0)</b>	

**Tablo 2.** Uygulanan ölçeklerin (VAS, BDE, OSW) ilk ve son değerlerinin çalışma ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

	Çalışma (s=15)	Kontrol (s=15)	p
<b>Görsel Analog Skala</b>			
Değişim (VAS 1-VAS 2)*	2,9±2,4	1,7±2,6	0,51
Değişimin yüzdesi	%84,3	%29,8	
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>			
Değişim (BDI 1- BDI 2)*	-0,6±5,7	3,0±7,4	0,24
Değişimin yüzdesi	%8,6	%31,5	
<b>Oswestry Engellilik İndeksi</b>			
Değişim (OSW 1 –OSW 2)*	6,2±7,7	0,6±6,8	0,04
Değişimin yüzdesi	%39,2	%3,8	

\* VAS İndeksi: Görsel Analog Skala, BDE: Beck Depresyon Envanteri, OSW: Oswestry Engellilik İndeksi,

tan birer hasta çalışmaya devam edemeyeceklerini bildirdikleri için 15 çalışma ve 15 kontrol grubundan toplam 30 hasta ile tamamlandı. Hastalar sosyodemografik özellikler açısından her iki grupta da benzer bulundu (Tablo 1). Tüm hastaların ağrısı 12 haftadan daha uzun süredir bulunmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede 26 hastanın (%86,7) nörolojik muayenesi normal olarak saptandı. Hastaların %13,3'ünde (4 hasta) alarm belirtileri (kırmızı bayrak) tespit edildi, ancak hiçbirinde nörolojik hasar saptanmadı. Bu dört hastada tespit edilen alarm belirtileri ilgili bölümlerce incelendi ve bel ağrısına yol açabilecek bir neden bulunamadı. Bunlardan biri çalışma grubu hastası olup, kür meme karsinomu olarak tanı almıştı; bu nedenle bel ağrısı kemik sintigrafisi normal bulunduğu için metastaz ağrısı olarak düşünülmüdü. Diğer üç hasta (kontrol grubu), sabah tutukluğu şikayeti olduğu için enfalmatuvar hastalıklar yönünden romatoloji tarafından incelendi ve bel ağrısına neden olabilecek bir hastalık tespit edilemedi. Bu dört hastanın bel ağrısı idiyopatik olarak kabul edildi ve nörolojik hasar bulunmadığı için çalışmaya alındı.

Sağlık inanışlarına göre incelendiğinde hastaların “iş yapmakla ağrının artacağı”, “iş yapmanın bel ağrısı olanlar için zararlı olduğu” ve “ağrının kendilerine zarar vereceğine” dair yanlış inanışları olduğu ortaya çıktı. Ancak sağlık inanışları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Gruplar, altı aylık izlemleri sonucunda, kullanılan ölçeklerin (VAS, BDE, SF-36, OSW) ilk ve son değerlerine göre karşılaştırıldı. Her iki grubun ilk değerleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p>0,05).

Hastaların ağrı düzeyindeki azalma ilk ve son VAS skorları ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirme ile hem çalışma hem de kontrol grubunun VAS şiddetindeki azalma anlamlı bulundu (çalışma grubu p=0,00, z=-2,85 ve kontrol grubu p=0,02, z=-2,15). Gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Gruplar arasındaki Beck depresyon envanteri sonuçları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol gruplarının başlangıç ve son skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 2).

Oswestry Engellilik İndeksi değerleri karşılaştırıldığında, çalışma grubunda Oswestry ortanca- larındaki düzelme (p=0,01) anlamlı bulunmuşken, kontrol grubundaki düzelme anlamlı bulunmadı (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmada ise çalışma grubundaki bağımlılık indeksindeki iyileşme kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla bulundu (p=0,04 ve z=-1,95) (Tablo 2).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt birim değerleri karşılaştırıldığında, fiziksel güçlük ve ağrı alt birim puanlarındaki artış çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla bulundu (fiziksel güçlük için p=0,03 ve z=-2,15; ağrı için p<0,001 ve z=-2,89). Diğer alt birimler için yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 3).

Hastalar egzersiz uyumlarına göre değerlendirildiğinde çalışma grubu hastalarının %93,3'ü verilen egzersizleri düzenli uygularken, kontrol grubu hastalarında bu oran %6,7 olarak bulundu (X=22,53, p=0,001).

## Tartışma

Bu çalışmada aile hekimliği yaklaşımı ile dü-

zenli olarak izlenen hastaların yaşam kalitelerinin ve egzersiz uyumlarının arttığı, ağrıya bağlı gelişen fiziksel bağımlılığın ise azaldığı gösterilmiştir.

Bel ağrısı kadın ve erkekleri eşit oranda ve en sık 35-64 yaşları arasında etkilemektedir.<sup>[4,7]</sup> Bu çalışmada da hastaların yaş ortalaması literatür ile

**Tablo 3.** Çalışma ve kontrol gruplarında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt birimlerinin ilk ve son değerlerinin karşılaştırılması

SF 36 alt birimleri	Çalışma grubu				Kontrol grubu				P2*
	Ortalama±SS	Değişim Ortalama±SS (ortanca)	% Değişim	p1**	Ortalama±SS	Değişim Ortalama±SS (ortanca)	% Değişim	p1**	
Fiziksel Fonksiyon 1	70,3±18,9	11,6±15,1 (10)	%16,5	0,01	70,6±20,6	-0,6±13,0 (0)	%0,9	0,90	0,06
Fiziksel Fonksiyon 2	82,0±17,8				70,0±22,2				
Fiziksel Güçlük 1	31,6±34,7	31,6±44,7 (25)	%105,5	0,02	46,6±38,8	5,0±40,3 (0)	%10,7	0,67	0,03
Fiziksel Güçlük 2	61,6±41,0				51,6±44,7				
Ağrı1	50,9±20,1	20,4±19,1 (20)	%40,1	0,00	67,4±25,4	-7,8±30,8 (0)	%11,6	0,38	0,00
Ağrı 2	71,4±20,8				59,5±28,3				
Genel Sağlık 1	62,8±20,7	9,6±15,3 (10)	%15,2	0,03	65,0±19,7	-0,4±14,8 (0)	%0,7	0,83	0,07
Genel Sağlık 2	72,4±16,1				64,5±23,2				
Canlılık (Enerji) 1	54,6±21,6	9,3±9,0 (10)	%17,0	0,00	54,3±20,8	10,0±27,4 (0)	%18,4	0,22	0,21
Canlılık (Enerji) 2	64,0±20,9				64,3±23,1				
Sosyal Fonksiyon 1	83,4±27,8	-4,2±15,6 (0)	%4,9	0,34	71,8±34,1	2,4±37,8 (0)	%3,4	0,72	0,34
Sosyal Fonksiyon 2	79,3±24,8				74,3±30,0				
Emosyonel Güçlük 1	64,4±46,2	8,9±49,6 (0)	%13,8	0,51	75,5±34,5	6,6±33,8 (0)	%8,8	0,46	0,64
Emosyonel Güçlük 2	73,3±45,8				82,2±33,0				
Mental Sağlık 1	64,0±21,1	3,2±16,5 (4)	%5,0	0,18	64,2±19,0	11,4±29,2 (0)	%17,8	0,20	0,98
Mental Sağlık 2	67,2±19,6				75,7±18,3				

\* p1 : SF-36 alt ölçüklerinin birinci ve ikinci ölçüm farkının anlamlılığı, \*\* p2 : Çalışma ve kontrol grubu arasındaki SF-36 alt ölçüklerinin ölçüm farkının anlamlılığı

benzer olarak 47,2 bulunmuştur. KİBA'nın fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiği bilinmektedir.<sup>[9,11,15]</sup> Çalışma grubu hastalarıyla yapılan görüşmelerde bel ağrılarının tekrarlamasına neden olabilecek psikolojik faktörler yanında ev ve iş koşulları da konuşulmuştur. Yapılan görüşmeler sonrasında hastalar işyerlerinde doğru postürde çalışmaya başlamışlar, günlük hayatlarına egzersiz de yerleştirmişlerdir. Egzersizin fonksiyonel beceriyi ve yaşam kalitesini arttırdığına, ağrıyı ve fiziksel engelliliği azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır.<sup>[29,30]</sup> Çalışma grubu hastalarına bel ağrısı yönetimindeki temel tedavinin egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği olduğu vurgulanmıştır. Altı aylık takip sonunda çalışma grubu hastalarının kontrol grubuna göre egzersiz programına daha fazla uyum gösterdiği görülmüştür. Bu durum aile hekimliği yaklaşımı doğrultusunda, hastaların kendi sorumluluklarını üstlenmelerinin ve egzersiz engelleyen nedenlerin farkına vararak çözüm üretmelerinin sağlanması ile açıklanabilir.

Bel ağrısı ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili yapılan araştırmalarda, hastaların çaresizliğinin ve ağrı inanışlarının düzeltilmesinin, ağrı kontrolünü sağladığı gösterilmiştir.<sup>[31]</sup> Çalışma sonuçlarına bakıldığında, ağrı ve fiziksel yetersizlik düzeyindeki azalma ve yaşam kalitesindeki artış, kişilerin ağrı kontrolünü sağlamaları ve hastalıklarıyla ilgili yanlış inanışlarını düzeltmeleri ile açıklanabilir.

Depresyon, hastalardaki ağrı eşiğini düşürmektedir, ayrıca ağrı ile ilişkili korkunun ve fiziksel kısıtlılığın devam etmesindeki en önemli risk faktörüdür.<sup>[1]</sup> Bu çalışmada ise; grupların ortalama depresyon puanları çalışmanın başında ve sonunda normal sınırlar içerisinde olup aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Ağrıya bağlı korku ve depresyon fiziksel kısıtlılık yaratmaktadır.<sup>[1,9,32]</sup> Ağrının hastalık olarak algılanması ile fiziksel kısıtlılık ve depresyon arasında ilişki vardır.<sup>[32]</sup> Bu çalışma sonucunda ise; Oswestry engellilik indeksine göre çalışma grubu hastalarının başlangıçta orta düzeyde olan yetersizlik, müdahale sonrasında hafif düzeye gerilemiş, kontrol grubunda ise orta düzeyde olan yetersizliğin aynı kaldığı görülmüştür.

Medikal ve sosyoekonomik bir problem olan KİBA'nın doğru yönetiminin hem iş gücü kaybını önlemede hem de kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rol oynadığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>[1,2,5]</sup> Ağrıya bağlı yeniden yaralanma korkusu ve olayı felaketleştirme düşüncesi kişileri yaralanmadan sakınmaya itmekte, bu da ağrı olacak diye o bölgeyi kullanmama, beraberinde depresyon ve devamında da kısıtlılığa yola açmakta,

sonuçta da ağrının şiddeti artmaktadır.<sup>[1]</sup> Kronik bel ağrısı olan kişiler, ağrının sosyal yaşamlarında yarattığı olumsuzluklar nedeniyle psikolojik olarak daha fazla içe kapanmakta, hastalığı ile daha fazla uğraşmakta ve sonuçta bu bir kısır döngü haline gelerek, çözümü zorlaşan bir hal almaktadır. Bu kısır döngünün engellenmesi için hasta sadece şikayeti olan organ üzerinden değerlendirilmemelidir. Tedavinin başlangıcında hastaya, hastalığın nedeni anlatılarak ağrının tekrarlama korkusunun yenilmesinin sağlanması, bu kısır döngüyü bozmakta ve iyileşmeyi sağlamaktadır.<sup>[1]</sup> Hasta bir bütün olarak ele alınmalı, hastalığı etkileyebilecek psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler gözden kaçırılmamalıdır.

Bu nedenle hastaların ilk başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimliği yaklaşımıyla hasta bakımı yapılmalı, gerektiğinde diğer disiplinler de tedaviye dahil edilmelidir. Multidisipliner yaklaşımın birinci basamakta kullanılabilmesi için birinci basamak ile ikinci basamak hekimleri arasında bir iletişim ağı kurulmalı, gerekli durumlarda hastalar ikinci basamağa yönlendirilerek hastayla ilgili geri bildirim de alınabilmelidir. Günümüzde aile hekimleri tarafından hasta adına ikinci basamak sağlık kuruluşlarından alınabilen randevular bu amaca hizmet etmekle beraber çok etkili olarak çalışmamaktadır. Bu sistemin etkili bir şekilde yürütülmesi, zaman ve maddi kayıba yola açan ikinci basamak hastane başvurularını azaltacak, böylece hem ikinci basamak sağlık kuruluşlarının yükü hafifleyecek hem de hastalar daha etkili tedavi edilebileceklerdir.

Bu çalışmada hasta sayısının düşük olması çalışmanın zayıf yönlerinden birisidir. Çalışmadaki hasta sayısının artırılması ve izlem süresinin uzatılmasıyla etkinlik daha iyi ortaya çıkacaktır. Bu konu ile ilgili bu çalışmada araştırılmayan hasta memnuniyeti, maliyet analizi, işe dönüş süresinin hesaplanması daha başka araştırmalarda değerlendirilebilir.

## Sonuç

Çalışma sonuçlarımıza göre aile hekimliği yaklaşımı ile düzenli olarak izlenen hastaların fiziksel güçlük ve ağrı bakımından yaşam kaliteleri ve egzersiz uyumları artmıştır. Ağrıya bağlı gelişen fiziksel bağımlılık ise azalmıştır. Bu anlamda aile hekimliği yaklaşımıyla yapılan izlemin bel ağrılı hastalarda etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu etkinliğin daha büyük hasta gruplarında yapılacak başka çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimlere çalıştıkları alanın özellikleri ve uyguladıkları tıp disiplininin ilkeleri konusunda eğitim almaları sağlanmalıdır.

# Family medicine approach to the patients with chronic low back pain: How effective is it?

Chronic idiopathic low back pain is both a medical and a socio-economic problem. Low back pain is located in the area between the scapula and the hip, also can spread to the lower extremity. When it lasts longer than twelve weeks, then it is defined as chronic low back pain.

In order to manage chronic idiopathic low back pain, it was observed that biopsychosocial approach is also as effective as general medical treatment including exercise. The aim of this method is to increase the patients' ability of self-evaluation and problem solving skills by patient centered care.

Family medicine approach tries to understand the patient not only as an individual but as a whole within its environment and social life. It tries to understand how a person comprehends her/his disease and explores the ways they cope with them. Patient's beliefs, fears, expectations and needs can be determined by this method.

This study is designed as a randomized controlled trial. Biopsychosocial approach, focusing on patient centered care is used as intervention to determine its effectiveness on the pain, physical dependency, life quality and depression levels of patients with chronic idiopathic low back pain.

30 patients, who were assigned randomly among people (15 of them for the study group, 15 for the control group) who have applied to Dokuz Eylül University Hospital Physical Therapy and Rehabilitation Clinic with low back pain with an unknown reason, who have suffered for more than 12 weeks between the ages of 18 and 65, were observed for six months.

The initial form that is given to patients in the first interview includes general information. In order to determine the changes in depression, pain and physical levels, and the quality of life, SF-36 Life Quality Index, Back Depression Inventory, Visual Analogue Scale and Oswestry Disability Index were used in the first and second interviews which are 6 months apart.

At least five interviews were done with the study group in six months. To be able to determine data concerning low back pain and exercise frequency a low back pain booklet was given to the patients of the study group in the first interview. Two meetings were done with the control group; the initial form and the measures were applied in the first and last interviews. There was no further intervention applied to these patients.

SPSS 11.0 package program was used in the study. Descriptive analysis and nonparametric tests (Wilcoxon t test, Mann-Whitney U test) were applied for statistical analysis. In order to compare categorical variables, chi-square test was used.  $p < 0.05$  value was considered as statistically significant.

It was determined that the consistency of exercises of the patients in the study group was higher compared to patients that are in the control group ( $p < 0.001$ ); also the increase in quality of life, physical strength ( $p = 0.03$ ) and pain sub-scales ( $p < 0.001$ ) was determined to be significant in the study group. The decrease in pain levels were determined to be significant both in the study group ( $p < 0.001$ ) and the control group ( $p = 0.02$ ). No difference was confirmed between the groups regarding depression scores ( $p > 0.05$ ). A significant decrease was found in the levels of physical dependency levels of the patients in the study group ( $p = 0.04$ ).

According to the results of our study, patients who were treated with family medicine approach and followed up regularly had an increase in quality of life and exercise consistency regarding physical strength and pain. On the other hand physical dependency developed according to pain has decreased. In this context, the family medicine approach to patients who suffer from low back pain was determined to be successful. This result should be supported with studies that can be done with larger patient groups. Physicians who work in primary care should be provided with a training that covers subjects about their professional area and the principles of medical discipline.



## Kaynaklar

1. Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, et al. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. *Spine* 2002;27(5):E133-E138.
2. Diamond S, Borenstein D. Chronic low back pain in a working age adult. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(4):707-20.
3. Van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Clin Rheumatol* 2002;16(5):761-75.
4. Deyo R, Weinstein J. Primary care, low back pain. *N Engl J Med* 2001;344(5):363-70.
5. Lambeck LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, et al. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c6414.
6. Van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. *Spine* 2000;25(21):2784-96.
7. Van Tulder M, Koes B. Low back pain. *Am Fam Physician* 2002;65(5):925-8.
8. Abraham I, Killackey B. Lack of evidence based research for low back pain. *Arch Intern Med* 2002;162:1442-4.
9. Geisser ME, Wiggert EA, Haig AJ, Colwell MO. A randomized controlled trial of manual therapy and specific adjuvant exercise for chronic low back pain. *Clin J Pain* 2005;21(6):463-70.
10. Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:857-64.
11. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):769-81.
12. Descarreaux M, Normand M, Laurencelle L, Dugas C. Evaluation of a specific home exercise program for low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2002;25:497-503.
13. Giesecke T, Gracely R, Grant M, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arteritis and Arteritis* 2004;50(2):613-23.
14. Helfgott S. Sensible approach to low back pain. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 2001;50(3):1-4.
15. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000;84(1):95-103.
16. Koes BW, Van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010;19(12):2075-94.
17. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svärd L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave. *Clin J Pain* 2005;21(2):109-19.
18. Maiers MJ, Westrom KK, Legendre CG, Bronfort G. Integrative care for the management of low back pain. *BMC Health Serv Res* 2010;10:298-307.
19. Bailey KM, Carleton RN, Vlaeyen JW, Asmundson GJ. Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain. *Cogn Behav Ther* 2010;39(1):46-63.
20. Hoopman R, Terwee CB, Muller MJ, Aaronson NK. Translation and validation of SF-36 Health survey for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in The Netherlands. *Eur J Cancer* 2006;42(17):2982-90.
21. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa fom-36 (KF-36)'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-106.
22. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck depression inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depress Anxiety* 2008;25(10):E104-10.
23. Hisli N, Aydemir Ö, Köroğlu E. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
24. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 2005;14(7):798-804.
25. Knop C, Oeser M, Bastian L, et al. Development and validation of the visual analogue scale (VAS) spine score. *Unfallchirurg* 2001;104(6):488-97.
26. Price DD, McGrath P, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983;17:45-56.
27. Roland N, Fairbank J. The Rolland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine* 2000;24(25):3115-24.
28. Yakut E, Düğür T, Öksüz Ç ve ark. Validation of the Turkish version of the Oswestry disability index for patients with low back pain. *Spine* 2004;29(5):581-5.
29. Hayden JA, Van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of Int Med* 2005;142(9):765-75.
30. Shaughnessy M, Caulfield B. A pilot study to investigate the effect of lumbar stabilisation exercise training on functional ability and quality of life in patients with chronic low back pain. *Int J Rehabil Res* 2004;27:297-301.
31. Kindermans HP, Huijnen IP, Goossens ME, et al. "Being" in pain: the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain* 2011;152(2):403-9.
32. Hampel P, Graef T, Krohn B, Tlach L. Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. *Eur Spine J* 2009;18(12):1867-80.

Geliş tarihi: 10.01.2014

Kabul tarihi: 16.12.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. İpek Tanyıldızı

e-posta: ipektanyildizi@yahoo.com