T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK AĞRILI HASTAYA YÖNELİK TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ayşegül KURDAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

# ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

| I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER | |
|---|---|
| **Adı, Soyadı** : Ayşegül KURDAL | **Sınav tarihi:** 03/07/2024 |
| **Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği | |
| **Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi:** Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL-27/11/2023 | |
| **Tezin Konusu ve Başlığı :** Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Ağrılı Hastaya Yönelik Tutumunun Değerlendirilmesi<br>**Belirlenme Tarihi :** 27/11/2023 | |
| **Tezin Niteliği** : Tıpta Uzmanlık Tezi<br>Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel<br>Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları | |
| **Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı:** Yüz yüze katılım sağlanarak Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.) | |

| II. KARAR |
|---|
| Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;<br>Kabulüne<br>1.Tez Sınavı Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)<br><br>2.Tez Sınavı Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)<br><br>Oy birliği Oy çokluğu ile karar verilmiştir. |

| III. AÇIKLAMALAR |
|---|
| |

| | IV. JÜRİ ÜYELERİ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Unvanı Adı Soyadı** | **Uzmanlık Dalı** | **Kurum Bilgisi** | **İmza** |
| **Jüri Başkanı** | Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |

# İÇİNDEKİLER

**İÇİNDEKİLER** ..... **i**
**TABLOLAR DİZİNİ** ..... **iv**
**ŞEKİLLER DİZİNİ** ..... **v**
**KISALTMALAR DİZİNİ** ..... **vi**
**TEŞEKKÜR** ..... **vii**
**ÖZET** ..... **viii**
**ABSTRACT** ..... **x**
**1. GİRİŞ VE AMAÇ** ..... **1**
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **3**
2.1. Aile Hekimliği Tanımı Tarihçesi ..... 3
2.1.1. Aile Hekimliği Tanımı ..... 3
2.1.2. Tarihçesi ..... 5
2.2. Ağrı ..... 6
2.2.1. Tanım ..... 6
2.2.2. Ağrı İle İlgili Kavramlar ..... 7
2.2.3. Ağrı Teorileri ..... 7
2.2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi ..... 7
2.2.3.2. Endorfin Teorisi ..... 8
2.2.4. Ağrı Mekanizması İletim Yolları ..... 9
2.2.5. Ağrıyı Etkileyen Faktörler ..... 10
2.2.6. Ağrı Şiddeti ve Değerlendirilmesi ..... 10
2.2.7. Ağrının Sınıflandırılması ..... 13
2.2.7.1. Süresine Göre Sınıflandırma ..... 14
2.2.7.1.1. Akut Ağrı ..... 14
2.2.7.1.2. Kronik Ağrı ..... 15
2.2.7.2. Nörofizyolojik Mekanizmaya Göre Sınıflandırma ..... 15
2.2.7.2.1. Nosiseptif Ağrı ..... 15
2.2.7.2.2. Nöropatik Ağrı ..... 16
2.2.7.2.3. Visseral Ağrı ..... 16
2.2.7.2.4. Somatik Ağrı ..... 16
2.2.7.2.5. Psikojenik Ağrı ..... 17

2.2.7.3. Etyolojiye Göre Sınıflandırma ..... 17
2.2.7.3.1. Onkolojik Ağrılar ..... 17
2.2.7.3.2. Postherpatik Nevralji ..... 18
2.2.7.3.3. Orak Hücre Anemisine Bağlı Ağrı ..... 18
2.2.7.3.4. Artrit Ağrısı ..... 19
2.2.7.3.4.1. Romatoid Artrit ..... 19
2.2.7.3.4.2. Seronegatif Artritler ..... 21
2.2.7.3.4.2.1. Ankilozan Spondilit ..... 21
2.2.7.3.4.2.2. Psöriatik Artrit (PsA) ..... 22
2.2.7.3.4.2.3. Reaktif Artrrit ..... 23
2.2.7.3.4.2.4. Enteropatik Artritler ..... 23
2.2.7.4. Anatomik Yerine Göre Sınıflandırma ..... 23
2.2.7.4.1. Baş Ağrısı ..... 23
2.2.7.4.1.1. Primer(birincil) Başağrıları ..... 24
2.2.7.4.1.1.1. Migren ..... 24
2.2.7.4.1.1.2. Gerilim-Tipi Başağrısı ..... 26
2.2.7.4.1.1.3. Trigeminal Otonomik Sefalji (Küme *Tipi Başağrısı*) ..... 27
2.2.7.4.1.2. Sekonder (İkincil) Başağrıları ..... 28
2.2.7.4.1.3. Diğer Yüz Ağrıları ve Başağrıları ve Ağrılı Kraniyal Nöropatiler ..... 29
2.2.7.4.2. Bel Ağrısı ..... 29
2.2.7.4.3. Yüz Ağrısı ..... 30
2.2.7.4.4. Pelvik ağrı ..... 30
**3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 33**
3.1. Çalışmanın Tasarımı ..... 33
3.2. Etik Kurul Onay ve İzinler ..... 33
3.3. Çalışma Evreni ..... 33
3.4. Örneklem Büyüklüğü ..... 34
3.5. Katılımcılar ..... 34
3.6. Veri Toplama Araçları ..... 35
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler ve aile kronik ağrılı hastaya yönelik tutumun değerlendirilmesini etkileyecek veri formu(ek) ..... 35

3.6.2. Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği: ... 35
3.7. İstatistiksel Analiz ... 36
**4. BULGULAR ... 38**
**5. TARTIŞMA ... 50**
**6. SONUÇ VE ÖNERİLER ... 57**
**KAYNAKLAR ... 58**
**EKLER ... 66**
EK -1. Erişkin Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ... 66
EK 2. Sosyodemografik Veri Çalışma Formu ... 70
EK 3. Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği ... 71

## TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 2.1**. Raj sınıflandırması ..... 14
**Tablo 2.2.** Uluslararası Baş Ağrısı bozuklukları Sınıflaması-3(ICHD-3) ..... 24
**Tablo 4.1.** Demografik Özelliklerin Dağılımı ..... 38
**Tablo 4.2.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ..... 39
**Tablo 4.3.** Tanıml İstatistikleri ..... 39
**Tablo 4.4.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının İlişkisi ..... 40
**Tablo 4.5.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete göre Karşılaştırılması ..... 41
**Tablo 4.6.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Yaşa göre Karşılaştırılması ..... 42
**Tablo 4.6.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna göre Karşılaştırılması ..... 44
**Tablo 4.7.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Ünvana göre Karşılaştırılması ..... 45
**Tablo 4.8.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması ..... 46
**Tablo 4.9.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Aile Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması ..... 47
**Tablo 4.10.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının "Kendinizde veya Ailenizde Kronik Ağrı Şikâyeti Var Mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması ..... 48

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 2.1.** WONCA ağacı ..... 4
**Şekil 2.2.** One health ..... 4
**Şekil 2.3.** Kapı Kontrol sistemi ..... 8
**Şekil 2.4**. Ağrı şiddeti ölçekleri ..... 13
**Şekil 4.1**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması ..... 41
**Şekil 4.2.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Yaşa göre Karşılaştırılması ..... 43
**Şekil 4.3**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Medeni Durumuna göre Karşılaştırılması ..... 44
**Şekil 4.4**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Ünvana göre Karşılaştırılması ..... 45
**Şekil 4.5**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması ..... 47
**Şekil 4.6**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Aile Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması ..... 48
**Şekil 4.7**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin "Kendinizde veya Ailenizde Kronik Ağrı Şikâyeti Var Mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması ..... 49

## KISALTMALAR DİZİNİ

**AHU** : Aile hekimi Uzmanlığı

**ASM** : Aile Sağlık Merkezi

**CR**P : C-reaktif protein

**DMARD** : Hastalık Modifiye Edici Anti Romatizmal İlaçlar

**ESH** : Eritrosit Sedimentasyon Hızı

**FDA** : Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

**IASP** : Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği

**IHS** : Uluslararası Başağrısı Topluluğu

**İSM** : İl Sağlık Müdürlüğü

**KAS** : Ağrı Bilgi Tutum Anketi

**MPV** : Eritrosit Sedimentasyon Hızı

**NKASRP** : Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi

**NO** : Nitrik Oksit

**NRS** : Sayısal Ağrı Ölçeği

**NSAİD** : Non-Steroidal Antiinflamatuar İlaçlar

**PAINAD** : İleri Demansda Ağrı Değerlendirme Skalası

**PAPSS** : Prematüre-Yenidoğan Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Skalası

**SAHU** : Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

**TAHUD** : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

**TSM** : Toplum Sağlığı Merkezi

**TUK** : Tıpta Uzmanlık Kurulu

**TUS** : Tıpta Uzmanlık Sınavı

**VAS** : Vizüel Analog Skala

**VRS** : Sözel Değerlendirme Ölçeği

**WHO** : Dünya Sağlık Örgütü

**WONCA** : Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri Ve Akademik Dernekleri Birliği

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezi hazırlama süresince bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, tez danışmanım saygıdeğer hocam, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'a

Uzman eğitimime bilgi ve tecrübeleriyle katkı sağlayan Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a, değerli hocalarım Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Bayraktar'a ve Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN' a

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel dostluklar kurduğum, her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm başta Gülşah Yılmaz olmak üzere asistan arkadaşlarıma

Beni yetiştiren, maddi manevi hep destekleyen, bugünlere gelmemde özveri ve sabırları ile en büyük payı olan rahmetli canım babam Fatih OZAN ve sevgili anneme

Varlığıyla beni her zaman mutlu eden kardeşlerim Büşra, Betül ve Muhammed Efe,ye

Hayatıma girdiği günden beri her zaman sevgisini desteğini hissettiğim sevgili ve değerli eşim Volkan KURDAL' a,

Ve bana anneliği öğreten varlığına şükrettiğim biricik kızım Eylül KURDAL'a

Sonsuz saygı ve Teşekkürlerimi sunarım

**Dr. Ayşegül KURDAL**

# ÖZET

## Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Ağrılı Hastaya Yönelik Tutumunun Değerlendirilmesi

**Amaç:** Kronik ağrı, hastanelere ve aile sağlığı merkezlerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Aile hekimliğinde kronik ağrıya yaklaşırken hastaya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması, gerekli tetkik ve tedavilerin yapılması önemlidir. Çalışmamızda, Erzurum merkezinde aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bununla birlikte, kronik ağrılı hastaların tedavisini ve yönlendirilmesini birinci basamakta en iyi şekilde yöneterek, gereksiz ilaç kullanımını önleme ve üçüncü basamaktaki iş yükünü hafifletmeye yönelik farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Erzurum aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve kronik hasta takibi yapan 195 aile hekimi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara, 10 Mart 2024 - 10 Haziran 2024 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemiyle ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikler ve kronik ağrılı hastalara yönelik tutum ölçeği kullanılmıştır. Veriler, SPSS 27.0 programı ile analiz edilmiş ve %95 güven düzeyiyle çalışılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %53,3'ü erkek, %46,7'si kadındır. Yaş dağılımına göre, katılımcıların %39,0'ı 30 yaş ve altında, %36,9'u 31-39 yaş aralığında, %24,1'i ise 40 yaş ve üzerindedir. Medeni durumlarına göre, %69,2'si evli, %30,8'i ise bekardır. Unvan dağılımında, katılımcıların %47,7'si Aile Hekimliği Uzmanı (AHU), %31,8'i Pratisyen Hekim, %20,5'i ise Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uzmanı (SAHU) olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların %71,8’i kronik ağrı şikâyeti bulunan hastalarla çalışırken, %28,2’si kronik ağrı şikâyeti olmayan hastalarla çalıştığını ifade etmiştir.

Kronik ağrılı hastalara yönelik tutum ölçeğinin alt boyutları "duyarlılık yönelimi" ve "yanılgı yönelimi" olarak belirlenmiştir. Kronik ağrılı hastalara yönelik tutum ölçeği ile alt boyut puanları arasındaki ilişkinin pozitif anlamlı ve çok kuvvetli olduğu saptanmıştır.

Kadınların kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu görülmüştür. AHU unvanına sahip hekimlerin, diğer unvanlara kıyasla, kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

**Sonuç**ASM'de çalışan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yaklaşımının yetersiz olduğu; buna karşın, Aile Hekimliği Uzmanlarının (AHU) rotasyonlarda kronik ağrılı hastalarla daha aktif ilgilendikleri ve sahaya bu bilgilerle geçtikleri için kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Ayrıca, kadınların duygusal yapısı, annelik içgüdüleri gibi nedenlerle kronik ağrılı hastalara yaklaşımlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, aktif olarak çalışan aile hekimlerine yönelik eğitimler, seminerler ve benzeri programlar oluşturularak, kronik ağrıya yaklaşımda daha etkin olabilecekleri koşulların sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, kronik ağrı, ağrı, aile hekimi uzmanı

## ABSTRACT

### Evaluation of Family Physicians' Attitudes Toward Chronic Pain Patients in Family Health Centers

**Aim:** Chronic pain is one of the most common reasons for visits to hospitals and family health centers. In family medicine, a holistic approach should be taken when addressing chronic pain, including thorough examination and treatment of the patient. Our study aims to evaluate the attitudes of family physicians in our country towards patients with chronic pain. Additionally, it seeks to enhance awareness and knowledge in managing the treatment and referral of chronic pain patients at the primary care level, thereby reducing excessive medication use and alleviating the workload at tertiary care centers.

**Materials and Methods:** Our study was designed as a cross-sectional, descriptive study. A total of 195 family physicians working in family health centers in Erzurum were included in the study, and participants were reached through an online survey conducted between March 10, 2024, and June 10, 2024. The data collection tool used was the Sociodemographic Characteristics and Attitude Evaluation Scale towards Patients with Chronic Pain. Data analysis was performed using the SPSS 27.0 program with a 95% confidence level.

**Results:** Of the participants, 53.3% were male and 46.7% were female. In terms of age, 39.0% were 30 years old or younger, 36.9% were between 31-39 years old, and 24.1% were 40 years old or older. Regarding marital status, 69.2% were married and 30.8% were single. In terms of professional titles, 47.7% were family medicine residents, 31.8% were general practitioners, and 20.5% were senior family medicine residents. The proportion of those with chronic pain complaints was 71.8%, while 28.2% did not have chronic pain complaints.

When examining the relationship between the Attitude Towards Chronic Pain Patients Scale and its sub-dimension scores, there was a very strong positive significant relationship with the Attitude Towards Chronic Pain Patients Scale. It was

observed that women's attitudes towards chronic pain patients were more positive compared to men, and those with the family medicine resident title had higher attitudes towards chronic pain patients compared to other titles ($p<0.05$).

**Conclusion** It was found that the approach of family physicians working in family health centers towards patients with chronic pain is inadequate. However, family medicine residents (FMRs) are more actively involved with chronic pain patients during their rotations and carry this knowledge into their practice. Additionally, due to factors such as the emotional nature and maternal instincts of women, female physicians tend to have a better approach towards chronic pain patients. Based on these results, training, seminars, and similar programs should be organized for actively working family physicians to create conditions that enable a more effective approach to chronic pain management.

**Keywords:** Family medicine, chronic pain,pain, Family physician specialist

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, Latince kökenli "poena" (ceza, intikam, işkence) kelimesinden türemiş olup tanımı oldukça karmaşık bir kavramdır(1). 1979 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından yapılan tanıma göre ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı olarak meydana gelen, rahatsız edici bir duyusal ve duygusal deneyim olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamlı tanım, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de dahil olmak üzere birçok uluslararası kuruluş ve sağlık otoritesi tarafından benimsenmiş ve ağrı araştırmalarında temel bir referans noktası haline gelmiştir (2).

Ağrı, fiziksel bir hasarın yanı sıra bireyin yaşam deneyimleri ve çevresi tarafından şekillenen, hem fiziksel hem de duygusal bir deneyimdir. Günlük yaşamı olumsuz etkileyerek bireyin yaşam kalitesini düşürebilir (3). Ağrının birçok sınıflaması bulunmakla birlikte, süresine göre akut ve kronik ağrı olarak ikiye ayrılır.

Akut ağrı, ani ve gelip geçici niteliktedir. Travma, operasyon, yanık, inflamasyon gibi nedenlerle gelişen hoş olmayan duyusal uyarılar sonucu oluşur (4). Kronik ağrı ise 3-6 ay veya daha uzun süre devam eden, rutin ağrı tedavisi protokolüne rağmen geçmeyen ağrılardır (3). Uzun süreli tedavi gerektirip yine de tedavi yöntemlerine tam anlamıyla yanıt vermeyen, kişinin yaşamında kalıcı bir ağrı olarak tanımlanır (5). Kronik ağrı, multipl faktörlerden etkilenen, öğrenilmiş bir davranış olarak değerlendirilir. Bedensel, zihinsel ve sosyal deneyimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve olumsuz deneyimlerden, fizyolojik ve psikolojik travmalardan etkilenir (3).

Türkiye'deki erişkinlerin %63,7'sinde ağrı görülmesi, bu durumun ne kadar yaygın bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Ağrı, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularda en sık karşılaşılan nedenlerden biri olarak öne çıkmaktadır (6). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan doktorlar, ağrı yönetiminde sıkça karşılaştıkları bu karmaşık süreçte ağrı mekanizmalarını ve sınıflandırmalarını göz önünde bulundurmalıdır (3). Ağrının etkin bir şekilde yönetilmesi, hem hizmet kalitesini artırmakta hem de hasta-hekim ilişkisini

güçlendirmektedir. Bu süreçte, hastanın anamnezi ve fizik muayenesi yapıldıktan sonra ağrının ölçülmesi, şiddetinin belirlenmesi ve kayıt altına alınması gereklidir (6).

Tıbbi bilgi ve becerilerle desteklenen, ilaç tedavilerini içeren kapsamlı bir yaklaşım, ağrı çeken hastaların durumlarının daha iyi kontrol altına alınmasını sağlar. Birinci basamak sağlık hizmetinde ağrı yönetimine verilen önem, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli faydalar sağlamaktadır. Bu faydaları iki ana başlık altında incelemek mümkündür: Medikal Faydalar: Kronik ağrının birinci basamaktaki etkin yönetimi, birçok kronik hastalığın ilerlemesini önlemekte ve hastanın genel sağlık durumunda iyileşme sağlamaktadır.Ekonomik Faydalar: İlaç israfının önlenmesi ve poliklinik yükünün azaltılması, bu yaklaşımın ekonomik avantajlarından sadece birkaçıdır (6).

Çalışmamızda, Erzurum merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

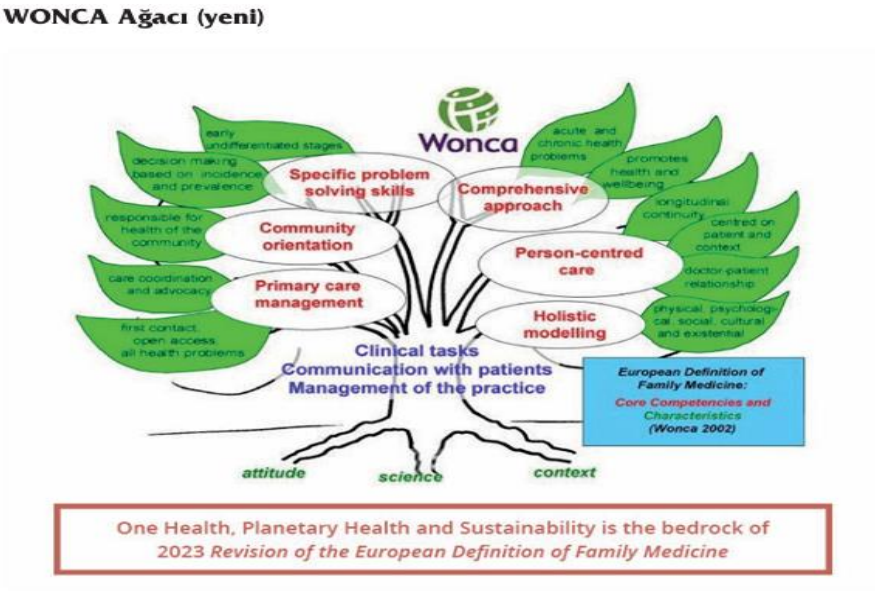
# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Aile Hekimliği Tanımı Tarihçesi

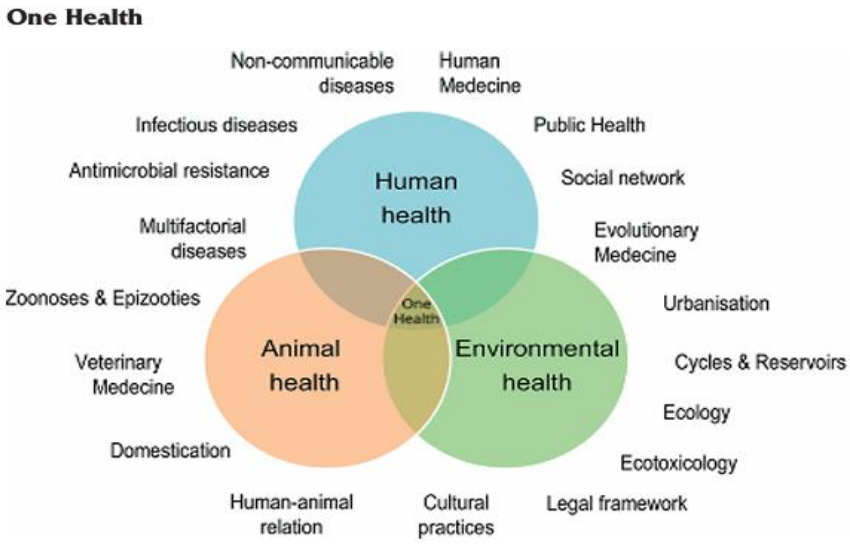
### 2.1.1. Aile Hekimliği Tanımı

Aile hekimi veya Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği eğitimi almış uzman tabip veya tabipler, her kişiye herhangi bir konuda ayrım yapmadan hem sürekli hem de kapsamlı sağlık hizmetleri sunmakla yükümlüdürler. Bu hizmetler, birinci basamak hem bireylerin hastalığını teşhis etme tedavi etme hizmetleri sunar hem de koruyucu sağlık hizmetlerini içerir. Gerektiği zaman seyyar sağlık hizmeti de sunarlar. Ayrıca, tam gün çalışma esasına göre faaliyet gösterirler(7)

WONCA 2023 yılında aile hekimliği tanımına güncelleme getirerek tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik, uygulanmalarında esas olmak üzere altı çekirdek yeterliliğe, on iki ilkeye ve üç ek özelliğe yeni bir entegre yaklaşımı ile yaklaşmıştır. WONCA nın yeni tanımına göre; Aile hekimleri, bir tıp disiplinin ötesinde, hastalarının birincil şifa kaynağı olan uzman hekimlerdir. Herhanmgi bir ayrım gözetmeksizin, her bireye sürekli, kapsamlı tıbbi bakım hizmeti sunmakla yükümlüdürler. Bu sorumluluğu yerine getirirken, sadece tıbbi bilgiye değil, hastanın kültürü, yaşadığı toplum, aile yapısı ve gezegenin genel sağlığı gibi unsurlara da dikkat ederler. Hastaları yaşadıkları ekosistem içerisinde değerlendirip hastaya topluma ve çevreye karşı sorumlulukla yaklaşır. Şekil 2.1, 2.2(8)




**Şekil 2.1.** WONCA Ağacı




**Şekil 2.2.** Tek sağlık tek gezegen

Topluma ve doğal çevreye karşı da sorumluluk bilinciyle hareket eden aile hekimleri, hastalarıyla birlikte tedavi planı oluştururken; fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları göz önünde bulundurur. Varoşuşçu ve gezegensel sağlık ile ilgili faktörleri de değerlendirir.Tekrarlanan görüşmeler yoluyla hasta hakkında detaylı bilgi toplayarak, bütüncül bir bakış açısı geliştirir.Sonuç olarak, aile hekimleri, kişinin ruhen ve bedenen iyilik halinde bir yaşam sürmeleri için rehberlik eden, hastalık

oluşmadan önleyen ve hastalık oluştuğunda tedavi eden bütüncül tıp anlayışının temsilcileridir(8)

Aile hekimliği pilot uygulaması ile ilgili 2005 yılında yayınlanan kanun yönetmeliğe göre Aile hekimi veya Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği eğitimi almış uzman tabip veya tabipler, her bireye herhangi bir ayrımı olmadan kapsamlı ve sürekli sağlık hizmetleri sunmakla yükümlüdürler. Bu hizmetler, birinci basamakta hastalığa tanı koyan vehastalığı tedavi eden hizmetlerle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerini içerir ve gerektiğinde seyyar sağlık hizmeti de sunarlar. Ayrıca, tam gün çalışma esasına göre faaliyet gösterirler(9)

### 2.1.2. Tarihçesi

Aile hekimliği uzmanlığı denemesi o anki Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 1947 yılında denenmiş olup yakın tarihte yürülükten kaldırılmıştır. Daha sonra 1983 yılında "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde" ayrı bir branş olmuş ve pratisyenler için 3 yıl dahiliye pediatri uzmanları için 1 yıl 4 ay olarak eğitim planlanmıştır(10).

1997 yılından itibaren TAHUD ‘’Türkiye Aile Hekimliği Dergisi’’çıkarılmaya başlanmış yine 1998 de Aile hekimliliği yeterlilik kurulu kurulmuş olup kurul asistan karnesini ve müfredatını yayınlamıştır(11).

Aile hekimliği anabilim dalı Türkiyede 1984 de ilk Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde açılmıştır(10). Tıp Fakültelerine bağlı aile hekimliği polikliniği Türkiye de ilk kez 2000 yılında Trakya Üniversitesinde açılmıştır(12). 2003 yılında sağlık bakanlığına bağlı aile hekimliği daire başkanlığı kurulmuş olup yine 2003 yılında Türkiye WONCA’ya bağlanmıştır(12). 2004 yılında çıkarılan kanunla aile hekimliği pilot uygulaması yasal zemine oturtuldu (12). 2005 yılında Türkiye'de aile hekimliği sisteminin daha iyi uygulanabilmesi amacıyla bir pilot uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamaya dair yasal düzenlemeler ve uygulama detaylarını belirleyen yönetmelikler aynı yıl içerisinde yayımlanmıştır. Yönetmeliğe göre Aile hekimi veya Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği eğitimi almış uzman tabip veya tabipler, her bireyin sağlık

ihtiyaçlarına eşit ve sürekli erişim sağlamayı amaçlar. Bu hizmetler, birinci basamak koruyucu sağlık hizmeti, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanısıra gerektiğinde seyyar sağlık hizmeti de sunarlar. Ayrıca, tam gün çalışma esasına göre faaliyet gösterirler(9)

Düzce de 2005 yılında aile hekimliği pilot uygulaması ve 1 yıl sonra 10 ilde pilot uygulaması başlamıştır(13).2008 senesinde aile hekimleri dernekleri federasyonu 8 ilin katılımıyla düzenlenmiştir(13).Türkiye de aile hekimliği 2010 yılında tüm illerde faaliyete geçmiştir(12).

Sözleşmeli aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi alabilmeleri için girmeleri gereken Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)**,** 2014 yılı ilkbahar döneminde 02-03/01/2014 tarih ve 406 sayılı Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kararı ile belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu sınav sonucuna göre puan alan adaylar, tercih ettikleri uzmanlık dallarında eğitim almaya hak kazanmışlardır(14,15)

### 2.2. Ağrı

Ağrı, kökeni Latinceye dayanan "poena" (ceza, intikam, işkence) kelimesinden türeyen ve tanımı oldukça karmaşık bir kavramdır(1)Ağrı, bireylerin yaşamlarının birçok noktasında deneyimledikleri ve kişiden kişiye değişen bir duygudur(16)Ağrı algısı, bireylerin tedaviye karşı tutumlarını ve iyileşme beklentilerini etkileyen bir deneyimdir, bu deneyim aynı zamanda yaşadığı toplum ve çevre tarafından da biyopsikososyal olarak etkilenir(17)Ağrı hekimlerin sıkça karşılaştığı kompleks bir algıdır ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında önemli bir yer tutar(18)

#### 2.2.1. Tanım

1979 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) "Ağrı; gerçek veya potansiyel bir doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan, hoş olmayan duyusal ve duygusal bir deneyim"olarak tanımlamıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin (IASP) 1979 yılında yaptığı ağrı tanımı, sağlık uzmanları, araştırmacılar ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar tarafından yaygın olarak kabul

görmüş ve benimsenmiştir.(19)Temelde fiziksel doku hasarı sonucu olsa da farklın bileşenleri olarak geçmiş deneyimler ve duygusal özellikler de öne çıkmaktadır(18)

Ağrı, kişinin zihinsel sağlığını ve günlük işlevselliğini bozarak, yaşam kalitesini azaltmaktadır.(20)

### 2.2.2. Ağrı İle İlgili Kavramlar

Allodini: Normal bir uyaran olan dokunma giyinme kaşık tutma saç tarama vb.hareketlerin ağrı olarak algılanması şeklinde tanımlanır(21) Analjezi: Ağrıya neden olabilecek uyaranların algılanmamasıdır. Anestezi: Duyuların bütününün ve ağrının hissedilmemesi Anestezi dolorosa: duyuların olmadığı bir alanda ağrı duyusunun algılanması(18) Hiperaljezi: Rahatsız edicı uyaranla birlikte normalden fazla oluşan ağrıdır(22) Hiperestezi: Uyarana karşı artmış reaksiyon iken hipoaljezi uyarana karşı azalmış reaksiyondur. Dizestezi: Uyarı olsun ya da olmasın olarak ortaya çıkan nahoş bir duyumdur.Hiperpati: Tekrarlayan bir uyarana karşı tepkinin giderek artmasıHipoestezi:Bası ve ısıya karşı azalmış cilt hassasiyetidir..Parestezi: Belirli herhangi bir alanda bir uyarı yokken hissedilen iğnelenme, karıncalanma veya uyuşma hali(3) Radikülopati: dejeneratif değişikliklerin bir sonucu olarak bir veya daha fazla sinir köküne baskı yapılmasından kaynaklanır ve ağrı, halsizlik, uyuşukluk ve karıncalanma şeklinde semptomlara neden olur(23). Ağrı toleransı: kişinin ağrı hissetmeye başladığı en düşük uyaran şiddetini ifade eder(24)

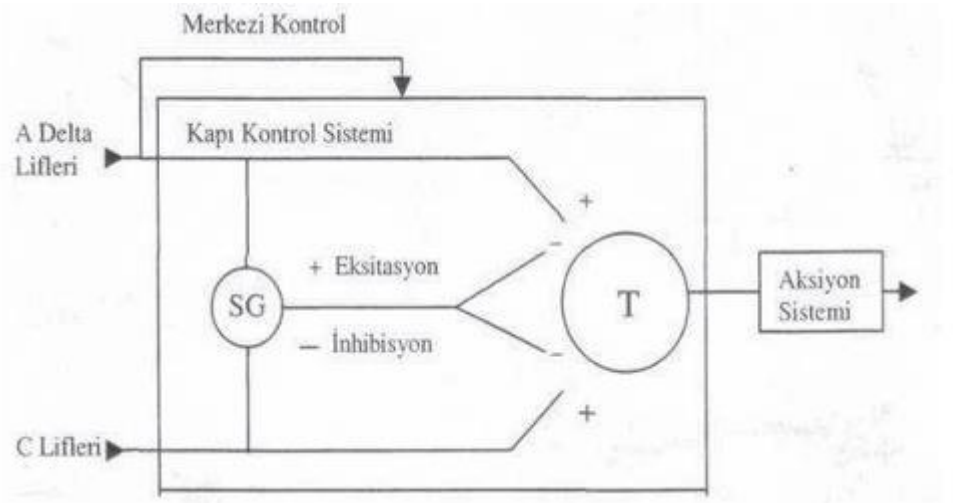
### 2.2.3. Ağrı Teorileri

#### 2.2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall tarafından 1965 yılında sunulan Kapı Kontrol Teorisi, ağrı algısının karmaşık mekanizmasını açıklamaya çalışan önemli bir teoridir. (25) Teoriye göre, periferden gelen bilgi, inhibitör internöronlar tarafından—ki bu nöronlar arkaboynuzdaki substantia tabakasındaki inhibitör nöronlardır—üst merkezlere iletiminde rol oynar. (26)

Başka bir ifadeyle, farklı çaplı sinir lifleri ağrı sinyallerinin beyne iletilmesinde kritik rol oynar ve bu iletim bir "kapı" mekanizması aracılığıyla kontrol edilir. İnce çaplı sinir lifleri (C), ağrı uyarısını bir kapı mekanizması üzerinden taşırken, kalın (A-delta) lifler bu sinyalleri aynı kapıdan geçerek inhibe eder. (25,26)

Bu teoriyi pekiştirmek amacıyla bir örnek vermek gerekirse: A-delta lifleri tarafından taşınan dokunma duyusu düşük uyarılma düzeyindeyken, C lifleri arkaboynuzdan gelerek Aβ liflerini inhibe eder. Yani, inhibisyonu inhibe ederek duyunun eşik değerini yükseltir.(şekil-3.3) (26).




**Şekil 2.3.**Kapı Kontrol sistemi

### 2.2.3.2. Endorfin Teorisi

"Endojen" ve "morfin" kelimelerinin oluşumu ile "Endorfin"kelimesi oluşmaktadır. Endorfin vücutta oluşup ağrı duyusunun geçişini engelleyen ve merkezi sinir sistemine ağrı iletimini engellemke için ağrı reseptörlerine bağlanan salgılardır. Endorfin miktari bireye özgü olup anksiyete ve korkuyu azaltır.

Endorfin vücuttan salgılandığı için dısardan verilen opiodilere kıyasla hem içeriğin temiz hem de yan etkileirnin az olması nedeni ile uygulamada önem arz etmektedir. Aynı mantıkla masajın ağrı endorfin salgılatarak azaltması önemlidir(27)

### 2.2.4. Ağrı Mekanizması İletim Yolları

Hamileliğin 26. haftasında (yaklaşık 8. ay), periferik ve santral sinir sistemi gelişimini tamamlamıştır. Gebeliğin 15-20. haftalarında ise substans P gibi nörotransmitterlerin sentezi başlamaktadır. Yenidoğan döneminde, santral sinir sisteminden çıkan yolakların büyük bir kısmı gelişimini tamamlamış olsa da, ağrıyı inhibe eden inen yolaklar tam olarak olgunlaşmamıştır. Bu durum, yenidoğanların ağrıyı daha yoğun ve dayanılmaz bir şekilde hissetmelerine neden olur.

Ağrı hissi yaklaşık iki yaşında başlar ve ağrının erişkinde olduğu gibi tam hissedilmesi 2-7 yaşları arasında tamamlanır. "Nosiseptörler" adı verilen duyular, ağrıya spesifik olup tüm duyularımızda bulunmaktadır. Primer afferent yol, vücudumuzda oluşan ağrı gibi zararlı uyaranların merkezi sinir sistemine iletilmesinde önemli bir rol oynar. Bu süreç, mekanik, termal ve kimyasal enerjinin sinyallere ve aksiyon potansiyellerine dönüştürülmesiyle dört temel aşamada gerçekleşir(28).

Transdüksiyon: Enerji dönüşümü, ağrıyı algılamak için duyusal sinir uçlarında uyarıcıların elektriksel aktiviteye dönüşümünü ifade eder. Nosiseptörler, normal koşullarda belirli bir düzeyde uyarıya tepki göstermeyebilirler, ancak bu düzeyi aşan durumlarda eşik değerini geçerek duyarlı hale gelirler(27).

Transmisyon: Uyaranın elektiriksel aktiviteden nöronlar aracılığı ile merkezi sisteme ulaştırılıp sinir sistemi boyunca iletilmesidir. Bu ileti C ve A delta lifleri ile iletilir(29,30)

Modülasyon: Ağrı iletimi spinal kord üzerinden üst merkez denilen talamik çekşirdek ve duyusal kortekse yoğunluğu azaltılarak iletilir(27)

Persepsiyon, ağrının spinal kordun arka boynuzundan çıkan sinir yolları aracılığıyla talamik çekirdeklere ve ardından duysal kortekse iletilmesi sürecini ifade eder. Bu iletim sonucunda, duysal kortekste ağrı duyusu oluşur. Bu nedenle ağrı hissi öznel ve psikososyal olarak değişiklik gösterir(29,30)

### 2.2.5. Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ağrının algılanması ve kişinin bu ağrıya verdiği tepkiler, çeşitli unsurlardan etkilenir. Bu unsurları dört grupta inceleyebiliriz:

**Kültürel unsurlar**: Ağrının anlamı, etnik köken gibi unsurlar bu gruba girer.

**Sosyal unsurlar**: Dikkat, dahaönce yaşanmış deneyimler, aile desteği ve sosyal çevre gibi unsurlar bu kategoride değerlendirilir.

**Biyolojik unsurlar**: Yaş, cinsiyet, genetik yapı, matematiksel gelişim düzeyi, mizaç ve esneklik bu grupta yer alır.

**Psikolojik unsurlar**: Korku, kaygı, anksiyete ve başa çıkma tarzı gibi psikolojik unsurlar da ağrı algısını etkileyen önemli faktörler arasında bulunur.

(31) Yaşlı bireyler ağrıyı yaşlılığın verdiği fizyolojik değişimlere bağlarken ağrıyı kanıksayıp tepki vermezken çocuklar ağrı karşısında ağlayarak tepki verebilir. Kadınların ağrı eşiği erkeklerden düşük olmasına karşın kadınlar daha sık ve daha şiddetli ağrılar ile karşılaşır. Yine bireyin sosyal ve bireysel ilişkileri ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri, günlük yaşamındaki stresin varlığı düşünce biçimi gibi etkenlerde ağrıyı tanımlama ve ağrı karşısındaki davranışını da etkiler(27)

### 2.2.6. Ağrı Şiddeti ve Değerlendirilmesi

Ağrı şiddeti, kalitesi süresi ile çeşitlilik göstermektedir. Farklı patofizyolojik mekanizmalara sahip olduğu için tanımlaması zordur(19) Ağrı Eşiği ve Ağrı Toleransı Arasındaki Farklar **Ağrı eşiği**, bireyin ağrı hissetmeye başladığı en düşük uyaran şiddetini tarif ederken, **ağrı toleransı**, kişinin ağrıya ne kadar süre veya yoğunlukta dayanabileceğini tarif ederken kullanılan bir ölçüdür. Farklı bir deyişle: Ağrı eşiği, "Ne zaman ağrı hissedersin?" sorusunun cevabıdır. Ağrı toleransı ise, "Ne kadar ağrıya dayanabilirsin?" sorusunun cevabıdır(24)

Ağrı, Hem Subjektif Hem De Objektif Unsurları İçeren Karmaşık Bir Deneyimdir. Ağrı; Yaş, Gelişim Evresi, Geçmişte Yaşanan Ağrı Deneyimleri Ve Diğer Çevresel Faktörlerden Etkilenir. Ağrı Ölçümünde, Kişisel İfade Ve Öz Değerlendirme, Deneyimin Subjektif Olması Nedeniyle En Güvenilir Yöntem Olarak Kabul Edilir Ve "Altın Standart" Olarak Değerlendirilir.

Ağrı Şiddetini Ölçmek İçin Genellikle Vizüel Analog Skala (VAS), Sözel Değerlendirme Ölçeği (VRS) Veya Sayısal Ağrı Ölçeği (NRS) Gibi Standart Yöntemler Kullanılır. (28,32)

**Sözel değerlendirme ölçeği (VRS):** Hastaya yok, hafif, orta şiddetli, Çok şiddetli şeçenekleri sunulur ve cevaba 0 dan 4 e kadar puanlan verilir(33)

**Vizüel analog skala (VAS)** yöntemi; hastaların istirahat ve hareket esnasındaki ağrı düzeyleri ölçülür. VAS, 10 cm'lik bir çizgiden oluşur ve 0 ("ağrı yok") ile 10 ("dayanılmaz ağrı") arasında değişen puanlar içerir. Hastalardan, çizgide kendi ağrı seviyelerini işaretlemeleri istenir(34)

**NRS (Sayısal Ağrı Ölçeği),** ağrı yoğunluğunu ölçmek için 11 sayıdan (0'dan 10'a kadar) oluşan tek boyutlu bir ölçektir. Hastalardan, 0'ın "ağrı yok" anlamına geldiği ve 10'un "en kötü (dayanılmaz) ağrı" anlamına geldiği şekilde, ağrı yoğunluğunu en iyi yansıtan sayıyı seçmeleri istenir(35)

Ağrının değerlendirilmesinde, tek boyutlu ve çok boyutlu çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler, sadece ağrının şiddetini ölçmeye odaklanır. Bu ölçekler genellikle sayısal, sözel veya görsel formatta sunulur. En yaygın kullanılan tek boyutlu ölçeklerden iki tanesi, yukarıda açıkladığımız Vizüel Analog Skala (VAS) ve Sayısal Ağrı Ölçeği (NRS)'dir.

Çok boyutlu ölçekler ise ağrının şiddetinin yanı sıra diğer boyutlarını da ölçmeye odaklanır. Bu boyutlar şunları içerebilir: ağrının yeri, tipi, başlangıç zamanı, süresi, tetikleyici faktörler, hafifleten faktörler ve kişinin günlük yaşamındaki etkileri.

Bir diğer yöntem olarak, biyolojik parametrelere dayalı ağrı ölçümleri de mevcuttur ve genellikle akut ağrıda kullanılır. Bu yöntemde, vücuttaki sistemler tek tek ele alınarak değerlendirme yapılır.

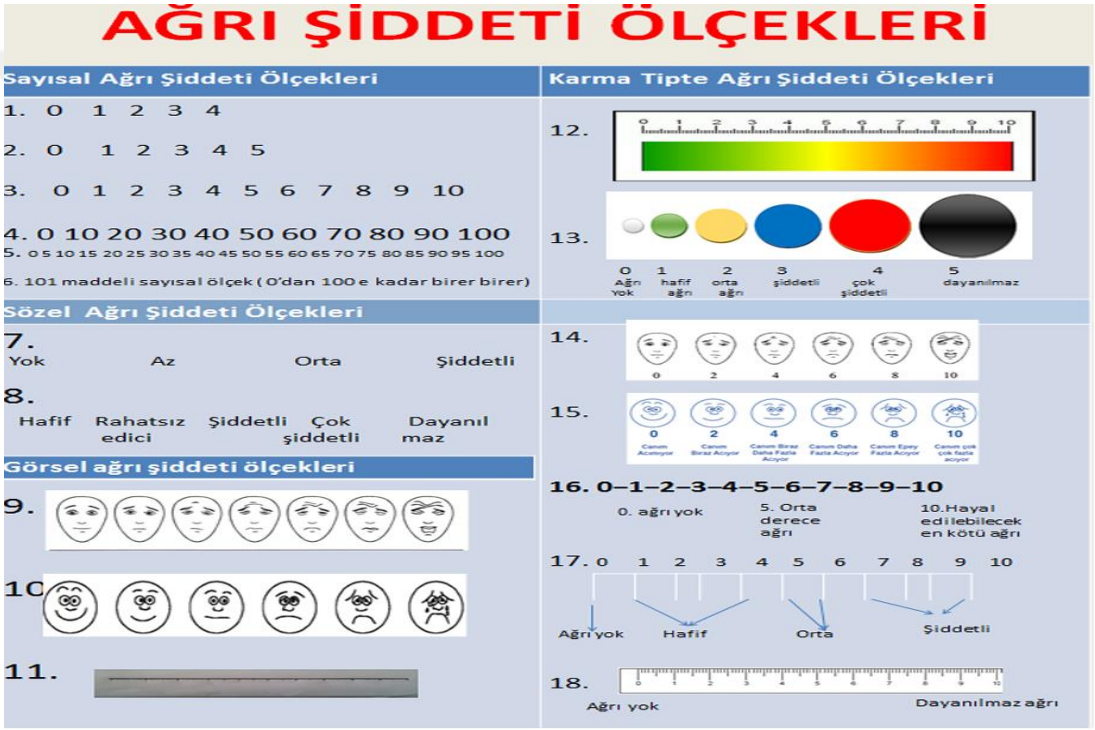
Ağrı, özellikle sözel iletişim kuramayan veya ağrısını tam olarak ifade edemeyen bebekler, çocuklar ve demans hastaları gibi bireylerde, objektif olarak ölçülmesi gereken karmaşık bir deneyimdir. Bu durumda, davranışsal ve biyolojik parametrelere dayalı ölçekler, ağrının varlığını ve şiddetini değerlendirmede önemli bir araç haline gelir.

**Sık Kullanılan Skalalar:**

- **Objektif Ağrı Skalası:** Bu skala, kan basıncı, ağlama, hareketlilik, ajitasyon, verbal değerlendirme veya vücut hareketleri gibi çeşitli fizyolojik ve davranışsal parametreleri değerlendirerek ağrıyı ölçmeye çalışır.
- **COMFORT Skala:** Özellikle yoğun bakım hastalarında kullanılan bu skala, solunum, oksijen satürasyonu, cilt rengi, kas tonusu gibi parametreleri değerlendirerek konfor düzeyini ve dolayısıyla ağrıyı belirlemeye yardımcı olur.
- **CRIES Skala:** Yeni doğan bebeklerde ağrıyı değerlendirmek için kullanılan bu skala, ağlama, oksijen satürasyonu, fizyolojik gerginlik, uyku durumu ve göz hareketleri gibi parametreleri içerir.
- **PAPSS (Prematüre-Yenidoğan Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Skalası):** prematüre bebeklerde sıklıkla karşılaşılan ağrı, ajitasyon (huzursuzluk) ve sedasyon (sakinleştirme) durumlarını değerlendirmek için özel olarak geliştirilmiş bir skaladır. Bu skala, hem bebeklerin yaşadığı rahatsızlığı daha iyi anlamamızı hem de uygun müdahalelerde bulunmamızı sağlar.
- **Prematüre ve Infant Ağrı Profili:**28-36 haftalık prematüre bebekler için geliştirilmiş, bebeklerin yüz ifadesi, ekstremite hareketleri ve fizyolojik parametrelerini değerlendiren bir ölçektir. PAPSS'e benzer ancak bazı farklılıkları vardır.

- **Neonatal Yüz Hareketleri Kodlama Sistemi:** Yeni doğan bebeklerin yüz ifadelerini analiz ederek ağrıyı değerlendirmeye yönelik bir sistemdir.
- **PAINAD (İleri Demansda Ağrı Değerlendirme Skalası):** İleri derecede demans tanısı konmuş kişilerde ağrı varlığını belirlemek amacıyla sıkça başvurulan bir ölçektir. (33).

Görseldeki sınıflandırma, tek boyutlu ağrı ölçeklerini **sayısal, sözel, görsel ve karma** olarak dörde ayrılır. Bu sınıflandırma, her ölçeğin ağrı şiddetini değerlendirmek için kullandığı yöntemi gösterir (Şekil 3.4)(36)




**Şekil 2.4**. Ağrı şiddeti ölçekleri

### 2.2.7. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı çeşitli kaynaklarda birden fazla sınıflandırılabilir. Bunlardan birisi 5 eksen denilen IASP(Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği)tarafından sınıflanıdırılan bir sınıflandırmadır ki bunlar: ağrının bulunduğu bölgeye, etkilediği sisteme,ortaya çıkış süresine,etyolojisine,şiddeti ve geçen süresine göredir(18)

Bir diğer sınıflandırma raj sınıflandırılmasıdır Nörofizyolojik mekanizmaya, süreye, etiyolojik nedene göre ve bölgesine göredir(37)raj sınıflandırmasına göre sınıflandıracak olursak 4 alt başlıkta inceleyebiliriz (Tablo 3.1.)(29,38)

**Tablo 2.1**. Raj sınıflandırması

| |
|---|
| **1. Nörofizyolojik mekanizmalara göre** |
| a. Nosiseptif |
| b. Somatik |
| c. Visseral |
| d. Nöropatik (nonnosiseptif) |
| * Santral |
| * Periferik |
| e. Psikojenik |
| **2. Süreye göre** |
| a. Akut |
| b. Kronik |
| **3. Etyolojik faktörlere göre** |
| a. Kanser ağrısı |
| b. Postherpetik nevralji |
| c. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı |
| d. Artrit ağrısı |
| **4. Ağrı bölgesine göre** |
| a. Bas ağrısı |
| b. Yüz ağrısı |
| c. Bel ağrısı |
| d. Pelvik ağrı |

### 2.2.7.1. Süresine Göre Sınıflandırma

Ağrıyı akut ve kronik olarak süresine göre sınıflandırabiliriz. Ani başlayıp üç aydan kısa sürüyorsa akut ağrı içinde değerlendirilir. Üç ayda uzun süren ağrılar kronik ağrı içinde değerlendirilir(20)

#### 2.2.7.1.1. Akut Ağrı

Akut ağrılar ani başlayıp geçici bir süreç izler. Doku hasarı ile birliktelik gösterir ki bunlara örnek zedelenme, yaralanma, enfeksiyon, incinme, çıkık, eklem iltihabı, eklem hastalığı gibi rahatsızlıklar verilebilir. ağrı kesicilere yanıt verir, iyileşme süreci sonunda ortadan kaybolur. (18,22)

#### 2.2.7.1.2. Kronik Ağrı

Kronik ağrılar ICD-11 E Göre sınıflanıdırılmıştır bu sınıflandırma en sık görülen rahatszılıkları 7 alt grupta incelenmiştir. Bunlar;

Kronik birincil ağrısı: En az üç ay süren emosyonel stresin eşlik ettiği günlük hayatını etkileyen en az bir bölgedeki ağrıdır.

Kronik kanser ağrısı: Kanserin kendisi metaztasi veya tedavisi nedeni ile oluşan ağrıdır.

Kronik travma ve operasyon sonrası ağrı: travma veya operasyon sonrasi iyileşme süresi bittikten sonra oluşan ağrıdır.

Kronik nöropatik ağrı: Somatosensorial sinirlerin hasarı nedeniyle ağrılı uyarana gereğinden çok fazla cevap verme veya normal uyarana ağrılı yanıt verme ile karakterize edilen ağrıdır.

Kronik baş ağrısı ve orofasiyal ağrı: Nedeni bilinmeyen semptomatik baş ağrıları veya kraniyel nevraljilerdir.

Kronik iç organ ağrısı: Üç aydan fazla süren vücudun üç boşluğu (göğüs, karın, pelvik) baş ve boyun içindeki organların ağrısıdır.

Kronik kas-iskelet sistemi ağrısı: Kemik, eklem, kas ve yumuşak dokuları direkt etkileyen ağrıdır(39)

### 2.2.7.2. Nörofizyolojik Mekanizmaya Göre Sınıflandırma

#### 2.2.7.2.1. Nosiseptif Ağrı

Vücudun herhangi bir bölgesinde, inflamasyon ya da doku hasarı nedeniyle hissedilen ağrı olarak tanımlanır(22). Cilt, kas, visseral ve kemik gibi birçok dokuda bulunan nosiseptörlerden glutamat gibi uyarıcı nörotransmitterlerin salınımı ağrıyı

artırırken, GABA gibi inhibitör nörotransmitterlerin salınımı ağrıyı azaltıcı bir etki gösterir.(22)

#### 2.2.7.2.2. Nöropatik Ağrı

Santral veya periferik sinir sisteminde bir lezyon veya hastalık nedeniyle ortaya çıkan, nörofizyolojik mekanizmaları tam olarak aydınlatılamamış kronik bir ağrı sendromudur. Sinir hasarına bağlı olarak gelişen bu ağrılar, genellikle yanma, sızlama veya iğnelenme şeklinde keskin ve rahatsız edici hislerle karakterize edilir. Bu ağrılar, hasar gören sinirin yayıldığı bölgede yoğun bir şekilde hissedilir. Nöropatik ağrının sık görülenleri arasında diyabetik nöropati, postherpetik nevralji, HIV enfeksiyonu, alkol kullanımı, travma sonrası ya da cerrahi müdahalelerden sonra ortaya çıkan sinir hasarları ve kanser kaynaklı ağrılar yer alır(22,38).

#### 2.2.7.2.3. Visseral Ağrı

Visseral ağrı, iç organların çalışmasında yaşana sorun nedeniyle ve **akut veya kronik** olabilen sempatik liflerle taşınan bir ağrı türüdür. İltihaplanma, iskemi (kan akışının yetersizliği), kapsüler veya organ distansiyonu (gerilme) ve fonksiyonel bozukluklar (örneğin, İrritabl Bağırsak Sendromu) gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir Visseral ağrı, somatik ağrıdan farklı olarak genelde daha geniş bir alanda hissedilir ve kaynağını tam olarak belirlemek güç olabilir..Bu tür ağrı, vücudun iç organlarından kaynaklanır ve derin, baskılayıcı bir his olarak tanımlanabilir. Visseral ağrının kaynağı olan organlar genellikle hassas olmayan dokulara sahiptir, bu nedenle ağrı belirli bir bölgeye lokalize edilmez ve yaygın bir şekilde hissedilir. Uzak dermatomlara yayılan yansıyan ağrılar da visseral ağrı türüne örnektir (16,38)

#### 2.2.7.2.4. Somatik Ağrı

Somatik ağrı, deri, kas, iskelet sistemi ve eklemler gibi dokularda oluşan ve genel olarak değişmeyen, yeri tam belli olan, daha yoğun bir ağrı türüdür ve duyusal liflerle taşınırlar. Yaralanma, iltihaplanma veya dejenerasyon gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Kemik metastazları bunlara iyi bir örnektir.(16,38)

#### 2.2.7.2.5. Psikojenik Ağrı

Tıbbi bir tanıyla ilişkilendirilemeyen ve hastanın günlük hayatını etkileyecek şekilde olan bölgesel veya yaygın ağrıyı ifade etmek için çeşitli kelime öbekleri kullanılabilir(40)Hastalar ağrıyı tanımlarken hissedilen bölgede tıbbi bir gerekçe ile hissedilen ağrıdan daha şiddetli bir ağrıyı tanımlarlar(18)

### 2.2.7.3. Etyolojiye Göre Sınıflandırma

#### 2.2.7.3.1. Onkolojik Ağrılar

İstatistiklere göre 2000 yılında dünyada prevelans 10 milyon, insidansı ise 22 milyon olarak belirlenmiştir. Kanserlerin %60-90 'ında ağrı hastayı düşkün duruma getirmektedir(38) Kanser ağrısı, kanser hastalarının sıklıkla karşılaştığı ve yaşam kalitesinin ciddi şekilde düşüren bir durumdur. Kanser hastalarının semptomları arasında palyatif bakım gerektirecek kadar büyük öneme sahiptir. Ağrının sıklığı, hastalığın aşamasına göre değişir. Erken aşamada olup aktif kanser tedavisi gören hastalarda bu oran genellikle %25 ila %50 arasındayken, metastatik hastalarda bu oran %70 ila %80'e kadar çıkabilmektedir. Kanser hastalarında ağrı, sadece tümör kaynaklı değildir. Özellikle kemoterapötik ajanların neden olduğu oral mukozit, ekstravazasyon gibi akut etkilerden kaynaklanan ağrılar, platin ve taksan türevi kemoterapötik ajanlara bağlı nöropatik ağrılar gibi kronik etkilere de sebep olabilir.(41)Ayrıca, radyoterapi komplikasyonları olan dermatit ve özofajit gibi durumlardan sonra ortaya çıkan ağrılar, cerrahi müdahaleler ve palyatif bakım amacıyla yapılan girişimler sonrası da sıklıkla görülebilir. Şekilde onkolojik ağrı nedenleri belirtilmiştir(Şekil)(38)

Kanser ağrısının yönetimi, farklı disiplinlerden uzmanların işbirliği içinde çalışmasını gerektiren bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Tedavi planları, hastanın özgün durumu ve yaşadığı ağrı türüne göre bireyselleştirilir. Hastanın yaşam kalitesini artırmak ve ağrıyı hafifletmek amacıyla hem farmololojik tedavileri hem de farmokolojik dışındaki yöntemler bir arada kullanılabilir. Bu süreçte hastaların duygusal ve psikolojik ihtiyaçları da dikkate alınır, böylece bütüncül bir bakım sağlanır(16)

Ağrı tedavisinde medikal tedaviler arasında en sık opioidler kullanılır. Bunun yanısıra radyoterapi de sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak tedaviler yine de sınırlıdır bu sınırlamalar yüksek doz kullanımı, bağımlılık yapması ve kaılıcı tedavi olmaması nedenlidir girişimsel radyolojis de fayda sağlamaktadır. Bunlar başta nörolizis ve kemik augmentasyonudur(42)

#### 2.2.7.3.2. Postherpatik Nevralji

Herpes zoster(zona) daha önceden suçiçeği ile enfekte olmuş bireylerde varicella zoster virüsünün yeniden aktifleşmesi ile ortaya çıkar. Klasik makülopapüler döküntü ortaya çıkmadan iki ila üç gün önce halsizlik, supfebril ateş,baş ağrısı ve anormal cilt hisleri ile başvurabilirler. Döküntü genellikle tek taraflıdır, tek bir dermatomla sınırlıdır. Postherpetik nevralji en yaygın ve en ciddi komplikasyondur ve yaklaşık beş hastadan birinde görülür. Akut herpes zosterden sonra dermatomal alanda üç aydan fazla devam eden şiddetli ağrı olarak tanımlanır(43)

Postherpetik nevralji ile ilişkili ağrı, hastanın yaşam kalitesini, uyku kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerine katılma yeteneğini ciddi şekilde etkileyebilir. Şu anda bu duruma yönelik birinci basamak tedaviler, trisiklik antidepresanlar, pregabalin, gabapentin ve lidokain yamaları gibi ilaç tedavilerinin uygulanmasını ve ardından ikinci veya üçü basamak tedaviler olarak tramadol ve kapsaisin kremleri ve bantlarının uygulanmasını içermektedir(44)

Medikal tedavinin yanısıra yapılan çalışmalarda uzak doğuda yaygın olarak kullanılan akupunktur, postherpatik nevraljinin semptomlarını azalttığı belirtilmiştir(45)

#### 2.2.7.3.3. Orak Hücre Anemisine Bağlı Ağrı

Hemoglobinopatiler, dünya genelinde en yaygın görülen tek gen hastalıkları arasında yer alır. Otozomal resesif kalıtılan ve özellikle Akdeniz kıyı şeridinde yer alan tüm ülkelerde çok sık görülen Orak Hücreli Anemi (OHA) birçok sistemi etkileyen bir kan hastalığıdır (46).

Orak hücreli anemi (OHA ), β-globin genindeki kalıtsal bir nokta mutasyonuna bağlı olarak anormal hemoglobin üretiminin bir sonucudur. Ortaya çıkan hemoglobin tetramer, oksijensizleştirildiğinde çok az çözünür ve bu uzun sürdüğünde, orak hemoglobinin hücre içi jelleşmesi ve ardından hemoglobin polimerizasyonu meydana gelir(47)Orak hemoglobin polimerizasyonu, kırmızı kan hücresinin oraklaşmasına, kronik hemolize ve damar tıkanıklığına yol açar(48) Son çalışmalar ayrıca lökosit yapışma molekülleri ve nitrik oksit (NO) tükenmesinin endotel hasarında rol oynadığını göstermiştir. SCA patofizyolojisi ve damar biyolojisindeki yeni bilgiler, hücre kaynaklı mikropartikül (MP) oluşumunun da vazo-oklüzyonda rol oynadığını göstermiştir. Endotel hasarı, protein C, protein S ve NO gibi koruyucu modülatörlerin üretiminin bozulması veya tüketiminin artması nedeniyle devam eder(47)

Akut ve kronik belirtileri yaşla artan ve erken ölüme yol açabilen komplikasyonlara sahip bir hastalıktır(49)tekrarlayan şiddetli akut ağrı ve akut göğüs sendromu atakları ve felç, kronik ağrı, nefropati, retinopati, avasküler nekroz, priapizm ve bacak ülserleri gibi diğer komplikasyonlarla karakterizedir(50)

Tedavisinde Hidroksiüre, için birinci basamak tedavi olsa da, L-glutamin, crizanlizumab ve voxelotor ABD'de 2017'den bu yana hidroksiüreye ek veya hidroksiüreden sonraki basdamak olarak onaylay almıştır. Ayrıca uyumlu bir kardeş donörüyle hematopoietik kök hücre nakli de uygulanmaktadır(50)

#### 2.2.7.3.4. Artrit Ağrısı

Eklemde oluşan hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık, şişlik belirtilerinin sabah 1 saate yakın tutuklulukla birlikte görülmesine inflamatuar artrit denir. Romatoid artrit ve spondiloartritler temel inflamatuar artritlerindendir(51)

##### 2.2.7.3.4.1. Romatoid Artrit

Etyolojisi tam olarak bilinmeyip genetik faktörler çevresel ve hormonal etkenlerin rol aldığı eklem tutulumu ile karakterize kronik inflamatuar mültisistemik bir hastalıktır(51)

Gelişmiş ülkelerde erişkinlerde yapılan çalışmada kadınlarda 3 kat daha fazla, yaş ile birlikte artmakta en çok görülme yaşı 65 yaş civari olmakla birlikte toplumdaki prevelansı %0.5-1 arasında değişmektedir(52)

RA, öncelikle küçük eklemleri ve daha sonra büyük eklemleri etkileyen bir otoimmün hastalıktır, ancak sistemik bir hastalık olarak eklem dışı yapılar da etkilenebilir. Birçok sistemi tutabilmesinin yanısıra bunlar arasında en ciddi olanlar vaskülit, felty sendromu, perikardit ve plörittir. Bu durumlar, bağışıklık sisteminin aşırı tepkisi veya iltihaplanma nedeniyle ortaya çıkabilir ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu belirtiler, hastalığın ilerlemiş safhalarında görülme eğilimindedir. Sistemik vaskülitte gastrointestinal, kardiyak gibi bir çok sistem tutulur ve semptom verir. Romatoid artrit hastalarında sıklıkla karşılaşılan cilt bulgularından biri, özellikle seropozitif ve eroziv hastalığı olan bireylerde görülen romatoid nodüllerdir. Diğer deri belirtileri arasında periungual inflamasyon, ülserasyonlar ve dijital kangren yer almaktadır. Plevral efüzyonlar, pulmoner fibrozis, interstisyel akciğer hastalığı ve arterit gibi pulmoner komplikasyonlar sıktır ancak asemptomatiktir. RA hastalarında akciğer hastalığı eklem dışı en sık morbidite ve ölüm nedenlerinden biridir(53)

Laboratuar testleri erken tanı tedavi ve prognoz hakkında önemli bilgi verir. CRP ve RF sık kullanılan parametler olsa da anti-CCP antikorları erken tanı ve prognozda önemli bir yer tutar(54)

Romatoit artrit tedavisinde kişinin egzersiz yapması da de önemlidir. Tedavinin amacı, inflamasyonu kontrol altına almak, ağrıyı en aza indirmek, eklem yapılarını ve fonksiyonlarını korumak, sistemik etkileri önlemek ve remisyon ya da hastalık aktivitesini mümkün olan en düşük seviyeye çekmektir(55).Tıbbi tedavide eskiden elimizde fazla farmololojik tedavi seçeneği yoktu ve ilaçların çoğu hastada istenilen sonuca ulaşmayı mümkün kılmıyordu. Günümüzde, tedavi seçenekleri arasında başta metotreksat (MTX) olmak üzere, geleneksel sentetik hastalık modifiye edici ilaçlar (ksDMARD'lar) öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, biyolojik DMARD'lar (bDMARD'lar) ve hedefe yönelik sentetik DMARD'ların (hysDMARD'lar) sayısı da giderek artmaktadır. Bu ilaçlar, hastalıkların seyrini değiştirme potansiyeline sahip etkili tedavi yöntemleri olarak kullanılmaktadır.(56) Hastalık modifiye edici anti

romatizmal ilaçları(DMARD) eklem disfonsiyonunu önlemek için kullanılan ilaç grubudur. Konvansiyonel sentetik DMARD grubu ilaçlar RA tedavisinin temelini oluşturup metotraksat başta olmak üzere leflunomid, sulfasalazine ve hidroksiklorokin ilaçlarıdır. Hedefe Yönelik Sentetik DMARD a amaç ise RA patogenezinde rol alan sitokin yolakları üzerinden JAK kinaz,T hücre kostimülasyon, IL-6 reseptör ve Biyolojik DMARDTNF inhibisyonu yapmaktır(51)

#### 2.2.7.3.4.2. Seronegatif Artritler

Spondiloartritler benzer klinik özellikler özellik, genetik yatkınlık, patofizyolojiye sahip 5 grup hastalıktan oluşur Belirtildiği gibi **ankilozan spondilit (AS)**, **psöriatik artrit (PsA)**, **enteropatik artrit**, **reaktif artrit** ve **sınıflandırılamayan SpA'ler**, spondiloartritler (SpA) olarak adlandırılan eklem iltihaplı hastalıklarının ana çeşitleridir. Bu hastalıklar, eklemlerde, omurgada ve diğer organlarda iltihaplanmaya neden olarak ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı gibi belirtilere yol açarlar. (51)

##### 2.2.7.3.4.2.1. Ankilozan Spondilit

Daha çok erkeklerde ve 20-30 yaş arasında ortaya çıkan genellikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan omurgada yukarı ilerleyen eklem ve komşu yapılarda inflamasyon oluşturan hastalıktır(57,58). Torasik omurgada ilerlediğinde omuzlarda öne doğru artış ve belirgin kifoz oluşur(58)

Hastalığın değerlendirilmesinde C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) sıklıkla kullanılır. Bu testler, maliyet ve güvenilirlik açısından tercih edilse de, enflamasyondan bağımsız olarak yaş, cinsiyet, anemi ve böbrek yetmezliği gibi durumlar tarafından da etkilenebilir. Bu durumlar, testlerin bazı dezavantajlarına işaret eder. Ortalama trombosit volümü (MPV) son yıllarda enflamasyon belirteci olarak kullanılmaya başlanmıştır. MPV, AS'li hastalarda CRP ve ESH için bir doğrulama testi olarak kullanılabileceği ile ilgili çalışmalar mevcuttur(59)

Tedavide amaç inflamasyonu ve ağrıyı azaltmaktır ki bunu için nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ)kullanılır. Anti tümör nekroz faktörü (TNF) blokerleri arasında yer alan Golimumab, Etanersept, Adalimumab ve İnfliksimab gibi ajanlar, ankilozan spondilit (AS) hastalarının fiziksel işlevlerinin iyileştirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve semptomların hafifletilmesinde önemli bir rol oynar. Bu ilaçlar, hastalığın kontrol altına alınmasında etkili tedavi seçenekleri olarak kullanılmaktadır.(60)

#### 2.2.7.3.4.2.2. Psöriatik Artrit (PsA)

Aksiyel iskelet de dahil olmak üzere eklem, sinovyal doku ,deri ve entezitlerin inflamasyonuna neden olan seronegatif bir spondiloartirttir(61) Toplumda görülme sıklığı %2 ve %40 ında aile öyküsü vardır. En sık 3 ve 5.dekat arasında sık görülmekle birlikte görülme sıklığı kadın erkekte eşit görülür. Psöriazizli hastaların %30 kadar orannda psöriatrik artrit görülmektedir. Herhangi bir tanı kriteri veya testi mevcut olmayıp en yaygın olarak deri ve/veya tırnak sedef hastalığı varlığında ve romatoid faktör ve anti-siklik sitrulinlenmiş peptidin negatifliğine eklemlerde, entezlerde veya omurgada inflamasyonun eşlik etmesi ile tanı konur(62)

Psoriatik artritli hastalarda hastalık görülmeyenlere göre miyokard enfarktüsü, anjina ve hipertansiyon riskinde artış görülmektedir(63)

Toplumda görülme sıklığı %2 ve %40 ında aile öyküsü vardır. En sık 3 ve 5.dekat arasında sık görülmekle birlikte görülme sıklığı kadın erkekte eşit görülür.

Tedavisinde amaç semptom ve bulguları azaltmak olup tedaviyi tutulum yerine göre tedavi planı yapılmaktadır(64)NSAİİ, Metotreksat ve anti-TNF ilaçları kullanılır. Son yıllarda interlökin12/23 inhibitörleri, JAK İnhibitörleri ve anti-IL aktivatörleri de tedavide kullanılan ajanlardır.(62)

#### 2.2.7.3.4.2.3. Reaktif Artrrit

Reaktif artrit bakteriyel bir enfeksiyon kaynaklı olup genel olarak prognozu iyi olan pürülan olmayan ekstraartiküler bir seronegatif artrittir(65). Patogenezinde bakteriyel ve immünolojik unsurlar dışında genetik faktörler (HLA-B27) de önemli rol oynamaktadır(66). En sık alt ekstremiteleri etkileyen asimetrik bir oligoartrittir. Diğer spondiloartropatilere benzer şekilde entezit, daktilit ve sakroiliitin yanı sıra konjonktivit, anterior üveit, oral ülserler, balanit ve keratoderma gibi eklem dışı bulgular da ortaya çıkabilir(67)

ReA tedavisinde antibiyotik kullanılmaz. Akut ReA, steroidal olmayan anti-inflamatuar ilaçlarla ve dirençli (kronik) artrit, steroidler, sülfasalazin ve TNF inhibitörleriyle tedavi edilir(66)

#### 2.2.7.3.4.2.4. Enteropatik Artritler

İnflamatuar bağırsak hastalıklarında seronegatif artrit gelişebilir. Genellikle büyük eklemleri tutar ve non-eroziv poliartirt yapar. Bağırsak aktivasyonu ile ilişkilidir.Bağırsak lezyonları kontrol altına alınca eklem lezyonları da düzelir(68)

### 2.2.7.4. Anatomik Yerine Göre Sınıflandırma

#### 2.2.7.4.1. Baş Ağrısı

Baş ağrısı gerek çocuk gerekse erişkinde en sık ağrı nedenlerinden biri olmaktadır ve tedavisini doğru yapmak için tanısının düzgün konulup sınıflamasının düzgün yapılması gerekmektedir. Travma, enfeksiyon, tümör veya serebrovasküler hastalık gibi organik nedenlere bağlı olarak gelişen baş ağrılarına ikincil baş ağrıları denir. Eğer bu tür baş ağrılarına yol açan organik bir neden bulunamazsa, bu durumda birincil baş ağrılarından bahsedilir. (69)Uluslararası Başağrısı Topluluğu (IHS) Başağrısı Sınıflaması Komitesine üç alt başlık altında incelenir(Tablo 2.2)(70)

**Tablo 2.2.** Uluslararası Baş Ağrısı bozuklukları Sınıflaması-3(ICHD-3)

| Tablo 1. Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması-3 (ICHD-3) | | |
|---|---|---|
| **A. Primer baş ağrıları**<br>1. Migren<br>2. Gerilim tipi baş ağrısı<br>3. Trigeminal otonomik baş ağrıları<br>4. Diğer primer baş ağrısı sendromları | **B. Sekonder baş ağrıları**<br>5. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı<br>6. Kraniyal veya servikal damarsal bozukluklara bağlı baş ağrısı<br>7. Damarsal olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları<br>8. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı<br>9. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı<br>10. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı<br>11. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapıların bozukluklarına bağlı baş ağrısı ya da yüz ağrısı<br>12. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı | **C. Ağrılı kraniyal nöropatiler, Diğer yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları**<br>13. Ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer yüz ağrıları<br>14. Diğer baş ağrısı bozuklukları (sınıflandırılamayan) |

#### 2.2.7.4.1.1. Primer(birincil) Başağrıları

Nörolojik bir hastalık olan birincil başağrılarına anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik rahatszılıklar eşlik etmektedir. Birincil tip baş ağrısı yaşayan hastaların stresle başa çıkma becerilerinin daha zayıf olduğu ve daha fazla olumsuz duygu ve tutum sergilediği görülmüştür. Migren ve gerilim tipi olan ağrı, birincil baş ağrıları kategorisine girer ve tüm baş ağrılarının yaklaşık %90'ını oluşturur. Bu durum, baş ağrılarının büyük bir kısmının stres ve duygusal faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. (69)

##### 2.2.7.4.1.1.1. Migren

Genetik ve çevresel unsurların neden olduğu; baş ağrısı ve ağrıya başka semptomların eşlik ettiği nörovasküler bir hastalıktır olup engellilik yaratan hastalıklarda ikinci yer almaktadır(71,72). Migren tipi başağrısı**,** Uluslararası Başağrısı Tanı Kriterleri'ne göre oldukça karakteristik belirtilere sahip, tekrarlayan bir baş ağrısı çeşididir. Bu tür baş ağrıları, genellikle tek taraflı olarak başlar ve şiddetli zonklayıcı bir ağrı şeklinde hissedilir. Migren atakları, kişiden kişiye farklılık gösterebilir, ancak çoğu zaman 4 saat ile üç gün arasında devam eder. Bu süre zarfında, atakların şiddeti ve semptomları bireyler arasında değişiklik gösterebilir(73,74).

Migren baş ağrıları genellikle ataklar şeklinde ortaya çıkar ve bu ataklar dört klinik dönemden oluşur: prodromal dönem, aura, ağrı dönemi ve postdromal dönem. Her bir dönem, migrenin farklı belirtileri ve etkileriyle karakterizedir, bu da migrenin karmaşık bir hastalık olduğunu gösterir. (75) Ağrının başlamasından saatler önce veya

en fazla iki gün öncesine kadar sürebilen halsizlik, yorgunluk, uyku hali, dikkat problemi, çökkün duygudurumu veya aşırı iyilik hali , açlık hissi, iştah artışı, tatlı yeme isteği, aşırı su içme, sık idrara çıkma, bağırsak problemleri, ense sertliği gibi sistemik otonomik bulgular ya da nöropsikolojik belirtiler, prodromal dönem olarak tanımlanır(76).

Auralı migren, genellikle bir saatten kısa süren, görsel, işitsel veya konuşmayla ilgili belirtilerin görüldüğü bir durumdur. Bu semptomlar motor güçsüzlük içermez ve hem pozitif (ışık çakmaları, çizgiler gibi) hem de negatif (görüş kaybı, duyusal eksiklikler gibi) özelliklerden oluşabilir. Tüm belirtiler tamamen geri dönüşümlüdür. Auralı migren hastaların %15-20 sinde görülür(77)

Migren baş ağrısı, genellikle frontotemporal ve periorbital bölgelerde ortaya çıkan zonklayıcı bir ağrı ile karakterizedir ve bu ağrıya bulantı, kusma, ışığa duyarlılık (fotofobi), sese duyarlılık (fonofobi) veya kokuya duyarlılık (osmofobi) gibi semptomlar eşlik eder. Migren tanısının konulabilmesi için Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (ICHD-3)'na göre ağrı ataklarının en az beş kez tekrarlanması gerekmektedir.(71,75)

Postdrom dönemi, kişinin şikayetlerinin azalmaya başladığı ve kendini daha iyi hissettiği bir süreçtir. Bu dönemde yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler devam ederken, iştah artışı, tatlı yeme isteği ve sık idrara çıkma da görülebilir(75).Migrende yaş, cinsiyet, obezite, sigara kullanımı, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, uyku bozuklukları ve strese neden olan yaşam olaylar(taşınma, boşanma vb) kronikleşmesinde etkin rol oynamaktadır(74)

Kronik migren, en az üç ay boyunca, ayda 15 günden fazla süren baş ağrılarının görüldüğü ve bu günlerin en az sekizinde migrene özgü belirtilerle karakterize edilen bir baş ağrısı türüdür. Toplumun yaklaşık %1 ila %4'ünü etkileyen bu durum, yaygın bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.(77)Kronik migren, tipik olarak baş ağrısı sıklığının aylar veya yıllar boyunca kademeli olarak artması ile ortaya çıkar. Bu riski artıran çeşitli faktörler mevcuttur. Teşhis aşamasında, kronik migrenin diğer sekonder baş ağrısı bozukluklarından ve uzun süreli primer kronik baş ağrılarından ayırt

edilebilmesi için hastanın detaylı bir şekilde sorgulanması ve nörolojik muayeneden geçirilmesi gerekir. Bazı durumlarda ek tanısal testlere de ihtiyaç duyulabilir(78)

Migren tedavisinde kullanılan ilaçlar iki ana gruba ayrılır. Migrene özgü olmayan ilaçlar arasında antiemetikler, basit analjezikler, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ), kombine analjezikler ve opioidler bulunur. Migrene özgü ilaçlar ise ergot deriveleri ve triptanlardır.. Tedaviyi erken dönemde uygun dozda vermek önemlidir. İlaç kullanımı maksimum haftada iki gün veya ayda 9 gün olacak şekilde planlanmalıdır. Yanıt alınamayan ilaçlar için ialç değişimi için en az iki atak değerlendirmek gerekir. Şiddetli olgularda subkutan sumatriptan kullanılır(79)

Profilaktik tedavisi atakların günlük hayatını fonksiyonunu etkilemesine, akut atak tedavilerinin etki durumuna, ilaçlarda kontrendike durum olup olmamasına tolerasyonuna, maksimum kullanım dozunu aşıp aşmamasına bakılarak karar verilir. Profilaktik migren tedavisinde genellikle β-adrenerjik blokerler, antidepresanlar, kalsiyum kanal antagonistleri, serotonin antagonistleri ve antikonvülzan ilaçlar tercih edilir(80).

#### 2.2.7.4.1.1.2. Gerilim-Tipi Başağrısı

En sık görülen birincil baş ağrısı tipidir. Gerilim Tipi Baş ağrısı(GTBA) Nüfusun %2,2'sini etkiler. Gerilim tipi baş ağrıları genellikle başın etrafında veya arkasında bir bant şeklinde hissedilir ve sıkıştırıcı veya baskılayıcı bir karaktere sahiptir(73)30 dk ile 7 gün arasında süren orta şiddetli bir ağrıdır. Işığa ve sese hassasiyet, bulantı,kusma gibi semptomlar eşlik etmez.En sık temporal bölgede yerleşir v e%5-16 arasında kronikleşir (77)

Gerilim tipi baş ağrısının risk faktörleri arasında stres, duygu durum bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, beslenme ve uyku düzenindeki aksaklıklar, egzersiz eksikliği, aşırı kafein tüketimi veya kafeinin aniden kesilmesi, yetersiz su içme, adet döngüsündeki düzensizlikler, hava durumu değişiklikleri ve iş stresi gibi birçok faktör yer alır. Yapılan araştırmalara göre, gerilim tipi baş ağrısı olan kişilerin ailelerinde bu durumun görülme sıklığı %40 civarındadır.

Akut atak tedavisinde basit analjeziklerin(parasetamol, aspirin ve asetominofen ) ve nonsteroid antiinflamatuar (NSAID) ajanlar(ibuprofen, naproksen, dikofenak potasyum) kullanılır. NSAİD ve basit analjesiklere yanıt alınamadığında kafein, kodeinle kombine tedeviler tercih edilir. Kas gevşetici ilaçlar, bağımlılık yapma yan etkilerinden dolayı tedavide kullanılmaları önerilmemektedir.

Baş ağrısı dört saatten fazla sürüyor ve haftanın iki gününden daha sık oluyorsa, günlük yaşamını çok fazla etkiliyorsa, atak tedavisinde kullanılan ilaçlar yan etki yaptıysa ve / veya kontrendike ise profilaktik tedaviye geçilmesi önerilmektedir(75,81)Profilaktik tedavide ise antidepresan, antikonvulzan ilaçlar önerilmektedir. Bilişsel davranışsal terapi, rahatlama egzersizleri, akupunktur ise nonfarmakolojik tedavi yöntemleri de profilakside önerilmektedir(75)

**2.2.7.4.1.1.3. Trigeminal Otonomik Sefalji (Küme Tipi Başağrısı)**

Bu gruptaki başağrıları tek taraflı olup baş ağrısı ile aynı tarafta ve eş zamanlı olarak kraniyal otonomik belirtiler görülür. Bunlar: küme tipi baş ağrısı, paroksismal hemikrania, SUNCT,SUNA, hemikrania kontinuadır.

Küme baş ağrısı, şiddetli, tek taraflı ve genellikle göz çevresinde yoğunlaşan, kısa süreli ancak tekrarlayan ataklar şeklinde ortaya çıkan bir tür baş ağrısıdır. Bu tür baş ağrısı, tıbbi olarak "trigeminal otonomik sefalji" olarak adlandırılır ve hipotalamus, trigeminovasküler sistem ve otonom sinir sistemi gibi beyin bölgelerindeki anormal aktivitelerle ilişkilidir.(82)

Toplumda gerilim ve migren tipine göre daha az görülür (%0,1-0,5).Süresi 15 dk ile 90 dk arası olan bir ağrı tipidir. Haftanın veya ayın belirli günlerinde ve belirli saatinde görülüp tek taraflı konjuktival batmalar, lakrimasyon ve nazal akıntı eşlik edebilir. Ağrı başlancıgınca oksijen inhalasyonu ve sumatriptan verilebilir(70)

Paroksismal hemikrania: Ataklar tek taraflı, şiddetli, göz çevresinde ve şakaklarda bie dk ile yarım saat arasında süren ortalama 10-15 atak sıklığı olan spontan başlayıp baş ve boyun atakları ile tetiklenen baş ağrısı tipidir(70)

#### 2.2.7.4.1.2. Sekonder (İkincil) Başağrıları

Sekonder baş ağrıları, genellikle sistemik hastalıklar veya santral sinir sistemi patolojilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu tür baş ağrıları aşağıdaki durumlardan kaynaklanabilir:

- Kafa ve/veya boyun travmaları veya yaralanmaları: Kaza veya darbe sonucunda oluşan baş ağrıları.
- Kraniyal ve/veya servikal vasküler bozukluklar: Beyin damarlarındaki veya boyun damarlarındaki sorunlardan kaynaklanan ağrılar.
- Vasküler olmayan intrakraniyal bozukluklar: Beyin içindeki diğer yapısal problemler, örneğin tümörler veya kanama.
- Madde kullanımı veya çekilmesi: Alkol, uyuşturucu ya da bazı ilaçların etkileri veya kesilmesi nedeniyle ortaya çıkan baş ağrıları.
- Enfeksiyonlar: Sinüzit, menenjit gibi enfeksiyonlar sonucu oluşan baş ağrıları.
- Homeostaz bozuklukları: Vücutta denge bozukluklarından kaynaklanan baş ağrıları, örneğin metabolik veya hormonal değişiklikler.
- Baş, boyun, göz, kulak, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve servikal yapıların bozuklukları: Bu yapılarla ilişkili problemlerden kaynaklanan baş ve yüz ağrıları.
- Psikiyatrik bozukluklar: Anksiyete, depresyon gibi psikolojik durumlar sonucu gelişen baş ağrıları.

Bu baş ağrıları, altta yatan sebebe yönelik bir değerlendirme ve tedavi gerektirir.(77)

Anamnez çok önemlidir çoğunlukla tanı koydurur. Kişi hayatında böyle bir ağrı ile karşılaşmamışsa subaraknoid kanamadan şüphelenilir. Ateş ve sistemik bulgular eşlik ediyosa enfeksiyona bağlı menenjit ensefalit olabilir. Gebelik veya lohusalıkta görülüyosa preeklampsi, serebral sinüs trombozu olabilir.Sabah olan veya uykudan uyandıran bir ağrı ise KİBAS olabilir.Başın pozisyonu ile değişen bir ağrı

varsa İntrakraniyal hipertansiyon veya hipotansiyon olabilir.yine İleri yaşta görülen baş ağrısında temporal arterit düşünülebilir(77)

#### 2.2.7.4.1.3. Diğer Yüz Ağrıları ve Başağrıları ve Ağrılı Kraniyal Nöropatiler

Bunlar sıklıkla kraniyal sinirlerin ağrılı lezyonlarıdır. En sık Trigeminal sinire bağlı Trigeminal nevralji görülülen ağrıdır. Duysal dağılım alanında ortaya çıkan, şimşek çakar tarzda, çok şiddetli, kısa süreli (2 saniye-2 dakika arasında) ağrı atakları ile karakterizedir. Trigeminal, fasiyal (nervus intermedius dalı), glossofaringeal, oksipital sinir aracılığıyla etki eden üst servikal köklerden afferent lifler aracılığıyla nosiseptif ağrı beyin sapındaki santral yollara iletilir. Beyin ağrıyı kraniyal sinirin inerve ettiği yerde algılar.

### 2.2.7.4.2. Bel Ağrısı

Bel ağrısı, genellikle 12. kaburgamızın alt sınırından başlayıp uyluğun üst kısmındaki alt gluteal kıvrıma kadar uzanan bölgede hissedilen, kaslarda gerginlik ve katılık hissine eşlik eden, şiddeti ve süresi kişiden kişiye değişebilen bir ağrı türüdür. Bacak ağrısı eşlik edebilir veya etmeyebilir. Semptomların süresine göre bel ağrısı üç kategoriye ayrılır. Akut Bel Ağrısı,6 haftadan kısa sürer. Subakut Bel Ağrısı,6 ila 12 hafta arasında sürer. Kronik Bel Ağrısı 12 haftadan uzun sürer. Kronik bel ağrısı da kendi içinde üç döneme ayrılır: Erken Dönem 3-6 ay, orta Dönem 6-24 ay,Geç Dönem ise 24 aydan uzun sürer(83)

Lomber bel ağrısının nedenleri arasında kas gerilmesi, lomber radikülopati, lomber faset eklem sendromu, sakroiliak eklem sendromu ve lomber spinal stenoz gibi durumlar yer alır. Ayrıca, lomber disk herniasyonu da bu ağrılara yol açabilir. Özellikle akut lomber disk herniasyonu, belde ciddi ağrıya neden olabilir.Semptomlar genellikle vurucu veya bıçak saplayıcı şeklinde ağrılardır

Lomber spinal stenoz; disk herniasyonu, osteofit veya dejeneratif spondilolistezis nedeniyle oluşur gemellikle 60 yaş sonrası görülür. Belirtileri belde

ve her iki bacak arkasına doğru yayılan ağrı şeklindededir.Ağrıyı yürümek ve ayakta durmak tetikler. Eğilerek yürümek ağrıyı hafiflettiği için hastaalr kambur yürür ve uzun mesafe yürüyemezler. Ayırıcı tanıuda vasküler kladikasyo düşünülebilir.Ayırıcı tanı için düz bacak kaldırma testi fizik muayenede önemlidir(16,84)

#### 2.2.7.4.3. Yüz Ağrısı

En sık görülen yüz ağrısı sendromu trigeminal nevraljidir. Tek taraflı kısa süreli batıcı ani ve tekrarlayıcı ağrı tipi ile karakterizedir(85).Kas spazmı, gerilim, , fasial nevraljiler, dental malokluzyon artrit, travma, enfeksiyon, , kulak ve sinüs şikayetleri neoplastik oluşumlar, ,

konjenital hastalıklar dolaşım ve duruş bozuklukları tükrük bezi hastalıkları diğer nedenler arasında sayılmakla birlikte semptomları birbirine benzediği için hastalar daha çok diş hekimin müraacat etmektedir. İyi bir fizik muayene ve anamnez bütün hastalıklarda olduğu gibi yüz ağrısının tanısını koymakta önemli bir yer tutar(86)

#### 2.2.7.4.4. Pelvik ağrı

Alt karın bölgesinde hissedilen ve birçok nedenden kaynaklanabilen yaygın bir sorundur. Ürojinekolojik, gastrointestinal, nörolojik, kas-iskelet sistemleri ve psikolojik nedenler etkili olabilir (87).

Akut Pelvik Ağrı:Akut pelvik ağrı, 3 aydan kısa süren ve siklik olmayan pelvis veya alt abdomende oluşan, bel ağrısının eşlik edebildiği bir ağrıdır. Uyluk bölgesi, yani bacağın kalçadan dize kadar olan kısmında da yansımalar olabilir (88).

Kronik Pelvik Ağrı:Pelvis veya alt abdomende 6 aydan fazla süren, siklik olmayan, adet döngüsü, hamilelik ve cinsel ilişki dışında da devam eden ağrıya kronik pelvik ağrısı denir (89). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte klinik tablo oldukça çeşitlidir. Görülme sıklığı %4 ile %16 arasında olup, toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Kronik pelvik ağrısının birçok nedeni bulunmakla birlikte, en sık nedenler irritabl bağırsak sendromu, interstisyel sistit ve endometriozistir (90).

İrritabl Bağırsak Sendromu: Bağırsak alışkanlıklarında veya gaita çıkışında bir değişiklikle birlikte karın ağrısı veya rahatsızlığın olduğu bir durumdur. Sindirim sistemi bozuklukları oldukça karmaşıktır ve birden fazla faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu faktörler, bireyin genel sağlığını ve sindirim sisteminin işleyişini önemli ölçüde etkileyebilir.

- **Nöral Değişiklikler:** Beyin ve sinir sistemi arasındaki iletişimdeki bozukluklar, sindirim sistemi hareketlerini ve duyarlılığını etkileyebilir. Örneğin, stresin sindirim sistemi üzerindeki etkisi buna örnek gösterilebilir.
- **Hormonal Değişiklikler:** Hormon dengesizlikleri, sindirim sistemi fonksiyonlarında önemli değişikliklere neden olabilir. Örneğin, tiroid hormonlarının dengesizliği kabızlık veya ishal gibi sorunlara yol açabilir.
- **Genetik Faktörler:** Bazı sindirim sistemi hastalıkları genetik yatkınlıkla ilişkilidir. Ailede sindirim sistemi hastalığı öyküsü olan kişilerde bu hastalıkların görülme sıklığı artar.
- **Psikososyal Faktörler:** Stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik durumlar sindirim sistemi üzerinde önemli etkiler yaratabilir.
- **Çevresel Faktörler:** Beslenme alışkanlıkları, kullanılan ilaçlar ve çevre kirliliği gibi faktörler sindirim sistemi sağlığını etkileyebilir (91).

Endometriozis: Uterus iç tabakasının uterus dışında bulunması ile karakterize edilen bir üreme hastalığıdır. En yaygın belirtisi, regl öncesi başlayıp regl sırasında devam eden şiddetli ağrıdır. Bunun yanı sıra disparoni (ağrılı cinsel ilişki), infertilite (kısırlık) ve menoraji (aşırı regl kanaması) gibi durumlar da görülebilir. Ancak bazı kadınlarda hastalık herhangi bir belirti göstermeyebilir. Zayıf, uzun boylu, beyaz kadınlarda daha sık görülmektedir. Kesin tanı yöntemi laparoskopidir (92).

İnterstisyel Sistit: Etyolojisi kesin olarak belirlenemeyen, dizüri (ağrılı idrara çıkma), noktüri (gece idrara çıkma), pollaküri (sık idrara çıkma) ve şiddetli suprapubik (karın alt kısmında) ağrı ile karakterize edilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. İnterstisyel sistit genellikle ekartasyon tanısı ile teşhis edilir. Ekartasyon yapıldıktan

sonra gerçekleştirilecek sistoskopik incelemede glomerülasyonlar veya Hunner ülseri gibi bulguların görülmesi gerekir.

Küratif tedaviden çok ampirik ve palyatif tedavi ön plandadır. Destekleyici tedaviler, intravezikal tedaviler, minimal invaziv ve invaziv cerrahi tedavileri içerebilir. Oral tedavi seçenekleri arasında FDA onayı almış oral pentosan polisülfat ve intravezikal dimetil sülfoksid bulunmaktadır.

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Çalışmanın Tasarımı

Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 10 Mart 2024- 10 Haziran 2024 tarihleri arasında yürütmüş olduğumuz 'aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastaya yönelik tutumunun değerlendirilmesi' isimli uzmanlık tez çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

## 3.2. Etik Kurul Onay ve İzinler

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinleri alarak gerçekleştirilmiştir. (Etik kurul toplantı tarihi ve sayısı:01.06.2023/04 Bkz.Ek-1).

Bu Tez çalışması için Erzurum Yakutiye İlçe Sağlık Müdürlüğü, Pakutiye İlçe Sağlık Müdürlüğü,Aziziye İlçe Sağlık Müdürlüğünden izin alınmış ve bu izinlerle birlikte Erzurum İl sağlık Müdürlüğüne başvurulup araştırma birimi etik kurulundan onay alınmıştır(EK)

Bu tez çalışmasında kullanılmak üzere belirlediğimiz Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Türkçe geçerlik güvenilirliğini yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (EK 4).

## 3.3. Çalışma Evreni

Araştırmamızın evrenini Erzurum il merkezinde görev yapan kronik hasta takibi yapan aile hekimleri oluşturmaktadır Kasım 2023 itibariyle, Yakutiye ilçesinde 14 ASM'de 69 aile hekimliği birimi, Palandöken ilçesinde 9 ASM'de 61 aile hekimliği birimi ve Aziziye ilçesinde 7 ASM'de 19 aile hekimliği birimi olmak üzere, Erzurum merkezde toplam 30 ASM'de 149 aile hekimliği biriminde 149 Aile Hekimi bulunmaktadır. Yine Kasım 2023 itibariyle anabilim dalımızda 65 Aile Hekimliği

asistanı çalışmakta ve bunlardan EASM'de çalışma süresince görevdeki aile hekimi asistanları 6 'dır.Böylece toplamda çalışmamızın evrenini 304 kişi oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem olarak alınacaktır.

### 3.4. Örneklem Büyüklüğü

Popülasyon sayısı belli olduğu için ve de popülasyon sayısı ulaşılabilir olduğu için örneklem büyüklüğü popülasyonun tamamı olan 304 aile hekimi olarak saptanmıştır.

### 3.5. Katılımcılar

Tez çalışmamızda, Erzurum merkezinde Şubat 2024 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında çevrimiçi bir anket formu kullanılarak veri toplama yapılmıştır. Katılımcılara bilgilendirme yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve 'Hayır' cevabı verenler dışlanmıştır. 'Evet' cevabını vererek dahil edilme kriterlerini karşılayan ve dışlanma kriterlerini taşımayan 93 tam zamanlı aile hekimliği asistanı (Ahu), 62 pratisyen aile hekimi ve 40 sözleşmeli aile hekimliği asistanı (Sahu) olmak üzere toplamda 195 aile hekimliği çalışmaya dahil edilmiştir.

**Çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- Gönüllü olmak
- Aktif görev yapmakta olan aile hekimi olmak
- Anket formunu eksiksiz doldumuş olmak

**Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:**

- Kronik ağrılı hasta takibi yapmayan hekimler
- Aile Hekimi Merkezi dışında **(**İSM**,** HASTANE, TSM**)**'de çalışan Aile hekimleri

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Aile hekimi asistanlarına tez çalışması hakkında çevrimiçi bilgilendirme yapıldıktan sonra, "Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?" sorusuna "Evet" cevabını veren katılımcılara, veri toplama aracı olarak Sosyodemografik özellikler ve aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarını değerlendiren ölçek, çevrimiçi anket yöntemiyle uygulanmıştır. Sosyodemografik Özellikler Formuna aile hekimine kendisinde veya ailesinde kronik hastalık olup olmadığı ile ilgili sorular eklendi.

#### 3.6.1. Sosyodemografik Özellikler ve aile kronik ağrılı hastaya yönelik tutumun değerlendirilmesini etkileyecek veri formu(ek)

Sosyodemografik özellikler formu katılımcıların cinsiyetinin, yaşının, medeni durmunun,unvanlarının kaç yıllık aile hekimi olduklarının,kaç yıllık aile hekimi olduklarının,birimine kac nüfus kayıtlı olduğunun ,kronik ağrılı hastalığın kendisinde veya ailesinde var olup olmadığı varsa hangi sistemle alakalı olduğunun sorgulandığı 9 maddeden oluşmaktadır.

#### 3.6.2. Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği:

Ağustos 2022'de Nefise Cevriye Sucu Çakmak Bayan N., RN ve arkadaşları tarafından ülkemizde çalışılan ölçekle güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna dair yeterli kanıtların sunulduğu18 soruluk ‘‘sağlık çalışanlarının kronik ağrılı hastalara yönelik tutumları ölçeği’’ sunulacaktır.

Duyarlılık yönelimi faktörü, 1, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16 ve 18 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Bu faktördeki her madde, 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Duyarlılık yönelimi faktöründe olumlu ifadeler yer aldığı için "Kesinlikle katılmıyorum" (1), "Kısmen Katılmıyorum" (2), "Kararsızım" (3), "Katılıyorum" (4) ve "Kesinlikle katılıyorum" (5) şeklinde puanlama yapılır. Bu faktörde yer alan maddelerin puanları toplanarak, madde sayısı olan 11'e bölünür.

Duyarlılık yönelimi faktöründen alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan ise 5'tir. Faktör puanı, sağlık çalışanlarının kronik ağrı hastalarına karşı duyarlılık düzeyini doğrudan yansıtır. Puanın artışı daha yüksek, azalışı ise daha düşük duyarlılığı ifade eder. (93)

Yanılgı yönelimi faktörü, 2, 5, 8, 10, 13, 15 ve 17 numaralı maddelerden oluşur. Bu faktörde olumsuz ifadeler yer aldığından, ters puanlama yapılması gerekmektedir. Puanlama, "Kesinlikle katılmıyorum" için 5, "Kısmen Katılmıyorum" için 4, "Kararsızım" için 3, "Katılıyorum" için 2 ve "Kesinlikle katılıyorum" için 1 şeklinde yapılır. Yanılgı yönelimi faktöründeki maddelerin puanları toplanarak, bu sayının madde sayısı olan 7'ye bölünmesiyle ortalama bir puan elde edilir. Bu faktörden alınabilecek en yüksek puan 5, en düşük puan ise 1'dir. Yanılgı yönelimi faktöründen yüksek puan alınması, sağlık çalışanlarının kronik ağrılı hastalarına yönelik yanılgılarının azaldığını, düşük puan alınması ise bu yanılgıların arttığını gösterir. (93)

Sonuç olarak, yanılgı yönelimi ve duyarlılık yönelimi gibi faktörlerden elde edilen toplam puanın artışı, sağlık çalışanlarının kronik ağrısı olan hastalara yönelik tutumlarının daha olumlu ve güçlü olduğunu işaret etmektedir. Öte yandan, bu faktörlerden alınan puanların düşük olması, tutumun olumsuz ve güçlü olduğunu işaret eder.(93)

### 3.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 27.0 programında gerçekleştirilmiş ve elde edilen sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) değerleri, sayısal (nicel) değişkenler için ise ortalama (Ort), standart sapma (ss), minimum ve maksimum istatistikleri rapor edilmiştir. Araştırmada, değişkenler arasındaki ilişki, bağımsız gruplar arasındaki farklar ve birden fazla grubun ortalamaları gibi konularda istatistiksel karşılaştırmalar yapmak için Pearson korelasyonu, t testi ve ANOVA gibi yöntemlerden yararlanılmıştır. Kronik ağrılı hastalara yönelik tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik özellikler ve çalışma bilgilerine göre karşılaştırılması için bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü ANOVA uygulanmıştır. Ayrıca, ölçek puanları arasındaki ilişkilerin

incelenmesinde Pearson korelasyon testi tercih edilmiştir. Bağımsız gruplar t testi, iki bağımsız grubun sayısal bir değişken açısından karşılaştırılması amacıyla kullanılırken, tek yönlü ANOVA, ikiden fazla bağımsız grubun sayısal bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Pearson korelasyon ise iki nicel değişken arasındaki ilişkinin yönü ve şiddetini belirlemek amacıyla uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

# 4. BULGULAR

Çalışmamıza Erzurum merkezinde asm de çalışam aile hekimlerinde 195 kişi katıldı. Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %53,3'ü erkek ve %46,7'si kadındır. Yaş dağılımına bakıldığında, katılımcıların %39,0'ı 30 yaş ve altında, %36,9'u 31-39 yaş aralığında ve %24,1'i 40 ve üzerindedir. Medeni durumda, %69,2'si evlidir ve %30,8'i bekar durumdadır. Unvan dağılımında, %47,7'si AHU, %31,8'i Pratisyen ve %20,5'i SAHU unvanına sahiptir. Hekimlik süresine göre, %39,0'u 5 yıl ve altında, %29,7'si 6-10 yıl arası, %19,5'i 11-20 yıl arası ve %11,8'i 21 ve üzeri yıldır hekimdir. Aile Hekimliği süresine bakıldığında, %63,1'i 5 yıl ve altında, %17,4'ü 6-10 yıl arası ve %19,5'i 11 yıl ve üzerindedir. Kronik ağrı şikâyeti olanların oranı %71,8 iken, kronik ağrı şikâyeti olmayanların oranı %28,2'dir. Kronik ağrı şikâyeti olan katılımcılar arasında en yaygın olanı %55,9 ile kas-iskelet sistemi ağrılarıdır. Nörolojik ağrı %29,2, gastrointestinal sistem ağrısı %16,4, üriner sistem ağrısı %8,2 ve diğer ağrılar ise %12,3 oranındadır.

**Tablo 4.1.** Demografik Özelliklerin Dağılımı

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Cinsiyetiniz? | Kadın | 91 | 46,7 |
| | Erkek | 104 | 53,3 |
| Kaç Yaşındasınız? | 30 yaş ve altı | 76 | 39,0 |
| | 31-39 | 72 | 36,9 |
| | 40 ve üzeri | 47 | 24,1 |
| Medeni durumunuz nedir? | Evli | 135 | 69,2 |
| | Bekar | 60 | 30,8 |
| | Diğer | 0 | 0,0 |
| Unvanınız nedir? | AHU | 93 | 47,7 |
| | Pratisyen | 62 | 31,8 |
| | SAHU | 40 | 20,5 |
| Kaç yıldır hekimsiniz? | 5 yıl ve altı | 76 | 39,0 |
| | 6-10 arası | 58 | 29,7 |
| | 11-20 arası | 38 | 19,5 |
| | 21 ve üzeri | 23 | 11,8 |
| Kaç yıldır Aile Hekimisiniz? | 5 yıl ve altı | 123 | 63,1 |
| | 6-10 arası | 34 | 17,4 |
| | 11 yıl ve üzeri | 38 | 19,5 |

**Tablo 4.1.** (Devamı)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kendinizde veya ailenizde kronik ağrı şikâyeti var mı? | Evet | 140 | 71,8 |
| | Hayır | 55 | 28,2 |
| Kronik Ağrı şikâyetiniz varsa hangi sistemle ilgili? | Nörolojik Ağrı | 57 | 29,2 |
| | Kas-İskelet sistemi | 109 | 55,9 |
| | Üriner sistem | 16 | 8,2 |
| | Gastrointestinal sistem | 32 | 16,4 |
| | Diğer | 24 | 12,3 |

**Tablo 4.2.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

| | **n** | **Minimum** | **Maximum** | **Ort.** | **Ss** |
|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | 195 | 1,18 | 5,00 | 3,68 | 0,70 |
| Yanılgı Yönelimi | 195 | 1,29 | 5,00 | 3,29 | 0,76 |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | 195 | 1,44 | 4,83 | 3,53 | 0,58 |

Ölçeklerin tanımlayıcı istatistiklerine göre, duyarlılık yönelimi ölçeğindeki katılımcıların puanları arasında minimum 1,18 ve maksimum 5,00 olarak gözlemlenirken, ortanca puan 3,68 ve standart sapma 0,70'dir.

Yanılgı yönelimi ölçeğindeki katılımcıların puanları arasında minimum 1,29 ve maksimum 5,00 olarak değişmektedir. Ortalama puan 3,29 ve standart sapma 0,76 olarak belirlendi.

Kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu ölçeğindeki puanlar incelendiğinde, minimum puan 1,44 ve maksimum puan 4,83 arasında değişmektedir. Ortalama puan 3,53 ve standart sapma 0,58 olarak hesaplandı.

**Tablo 4.3.** Tanımsal İstatistikleri

| | N | Minimum | Maximum | Ort | Ss |
|---|---|---|---|---|---|
| Kaç Yaşındasınız? | 195 | 24 | 61 | 34,96 | 7,80 |
| Kaç yıldır hekimsiniz? | 195 | 0,5 | 37,0 | 9,908 | 7,83 |
| Kaç yıldır Aile Hekimisiniz? | 195 | 0,0 | 24,0 | 6,027 | 5,16 |

Katılımcıların yaş dağılımına göre tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, minimum yaş 24, maksimum yaş ise 61 olarak belirlenmiştir. Ortalama yaş 34,96'dır ve yaş dağılımı için standart sapma 7,80'dir.

Hekimlik deneyimine dayalı olarak, katılımcıların hekimlik süresine ilişkin istatistikler incelendiğinde, minimum süre 0,5 yıl ve maksimum süre 37 yıl olarak kaydedildi. Ortalama hekimlik süresi 9,908 yıl ve standart sapma 7,83 yıldır.

Aile hekimliği deneyimine göre, katılımcıların aile hekimliği süresi incelendiğinde, minimum süre 0 yıl ve maksimum süre 24 yıl olarak gözlemlendi. Ortalama aile hekimliği süresi 6,027 yıl ve standart sapma 5,16 yıldır.

**Tablo 4.4.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının İlişkisi

| | | Duyarlılık yönelimi | Yanılgı yönelimi | Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği |
|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık yönelimi | R | 1 | | |
| | P | | | |
| Yanılgı yönelimi | R | ,252** | 1 | |
| | P | 0,000 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | R | ,870** | ,696** | 1 |
| | P | 0,000 | 0,000 | |

***p<0,001 , *p<0,05 anlamlı ilişki var , p>0,05 anlamlı ilişki yok ; Pearson korelasyon testi*

Duyarlılık yönelimi ile Yanılgı yönelimi arasında pozitif anlamlı zayıf bir ilişki vardır.

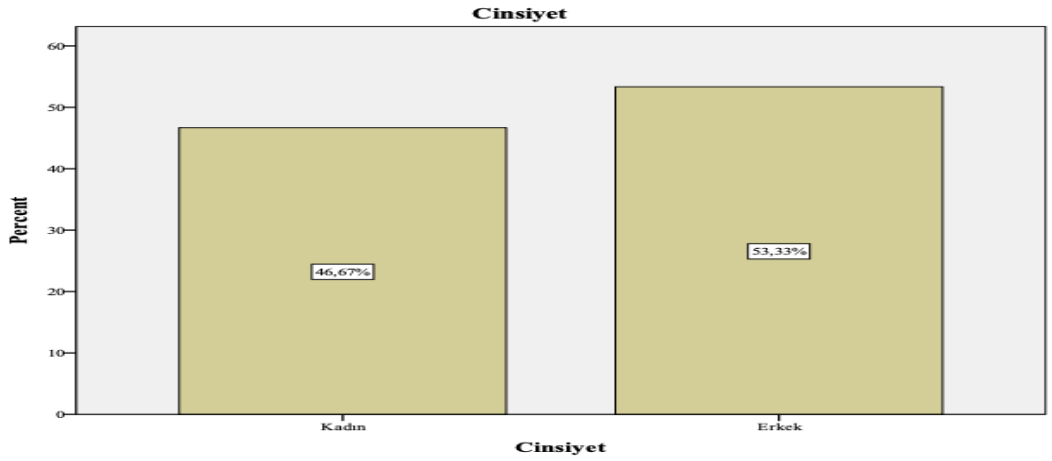
Duyarlılık yönelimi ile Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum Ölçeği arasında güçlü ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Yanılgı yönelimi ile Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum Ölçeği arasında ise pozitif yönde ve anlamlı bir kuvvetli ilişki tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete göre Karşılaştırılması

| Cinsiyetiniz? | | n | Ort. | Ss | t | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | Kadın | 91 | 3,75 | 0,65 | **1,310** | **0,192** |
| | Erkek | 104 | 3,62 | 0,74 | | |
| Yanılgı Yönelimi | Kadın | 91 | 3,42 | 0,63 | **2,205** | **0,029*** |
| | Erkek | 104 | 3,18 | 0,84 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | Kadın | 91 | 3,62 | 0,53 | **2,079** | **0,039*** |
| | Erkek | 104 | 3,45 | 0,61 | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi*




**Şekil 4.1**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması

Karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum ölçeklerinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farklar tespit edildi.

Yanılgı Yönelimi ölçeğinde, cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş olup, bu fark kadın ve erkeklerin ortalama puanlarına göre değerlendirilmedi. Kadınların ortalama yanılgı yönelimi puanı 3,42 iken, erkeklerin ortalama puanı 3,18 olarak hesaplandı. Anlamlı farkın varlığı, p değerinin 0,05'ten küçük olmasıyla doğrulandı (t=2,205, p=0,029). Bu sonuç, kadınların yanılgı yönelimi üzerinde daha yüksek bir eğilim gösterdiğini işaret etmektedir.

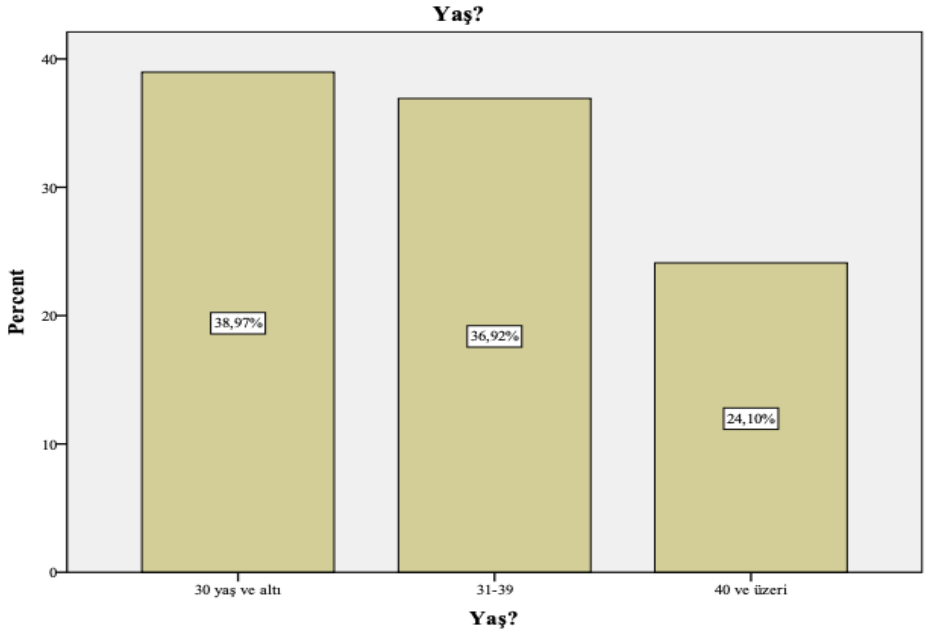
Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum ölçeğinde de cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark tespit edildi. Kadınların ortalama tutum puanı 3,62 iken, erkeklerin ortalama puanı 3,45 olarak bulundu. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2,079, p=0,039). Kadınların kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının, erkeklere kıyasla daha olumlu olduğu görülmektedir.

Duyarlılık Yönelimi ölçeğinde ise cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.6.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Yaşa göre Karşılaştırılması

| Yaşınız | | N | Ort. | ss | Anova F | Anova p | Post Hoc |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | 30 yaş ve altı | 76 | 3,67 | 0,61 | **1,986** | **0,140** | |
| | 31-39 | 72 | 3,80 | 0,62 | | | |
| | 40 ve üzeri | 47 | 3,54 | 0,92 | | | |
| Yanılgı Yönelimi | 30 yaş ve altı | 76 | 3,14 | 0,79 | **3,620** | **0,029** | 1<3 |
| | 31-39 | 72 | 3,31 | 0,69 | | | |
| | 40 ve üzeri | 47 | 3,51 | 0,77 | | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | 30 yaş ve altı | 76 | 3,46 | 0,55 | **1,130** | **0,325** | |
| | 31-39 | 72 | 3,61 | 0,56 | | | |
| | 40 ve üzeri | 47 | 3,53 | 0,65 | | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA – Tukey testleri*




**Şekil 4.2.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Yaşa göre Karşılaştırılması

Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Yanılgı Yönelimi ölçeğinde anlamlı bir fark tespit edildi.

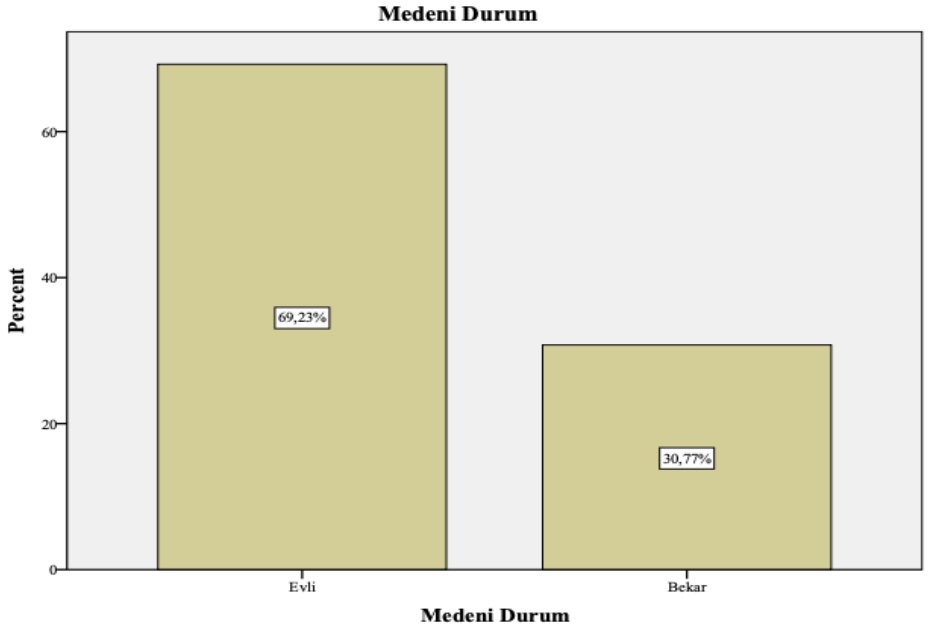
Yanılgı Yönelimi ölçeği incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F=3,620$, $p=0,029$). Post-hoc test sonuçlarına göre, 30 yaş ve altı grubu ile 40 ve üzeri yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$), diğer yaş grupları arasında ise anlamlı fark tespit edilmedi. Bu sonuçlar, 30 yaş ve altı ile 40 ve üzeri yaş grubu arasında Yanılgı Yönelimi puanlarında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir.

Duyarlılık Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği için yapılan karşılaştırmalarda ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Bu ölçeklerde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

**Tablo 4.6.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna göre Karşılaştırılması

| Medeni durumunuz nedir? | | N | Ort. | Ss | T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | Evli | 135 | 3,67 | 0,75 | **-0,473** | **0,637** |
| | Bekar | 60 | 3,72 | 0,59 | | |
| Yanılgı Yönelimi | Evli | 135 | 3,32 | 0,76 | **0,685** | **0,494** |
| | Bekar | 60 | 3,24 | 0,75 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | Evli | 135 | 3,53 | 0,60 | **-0,002** | **0,998** |
| | Bekar | 60 | 3,53 | 0,53 | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi*



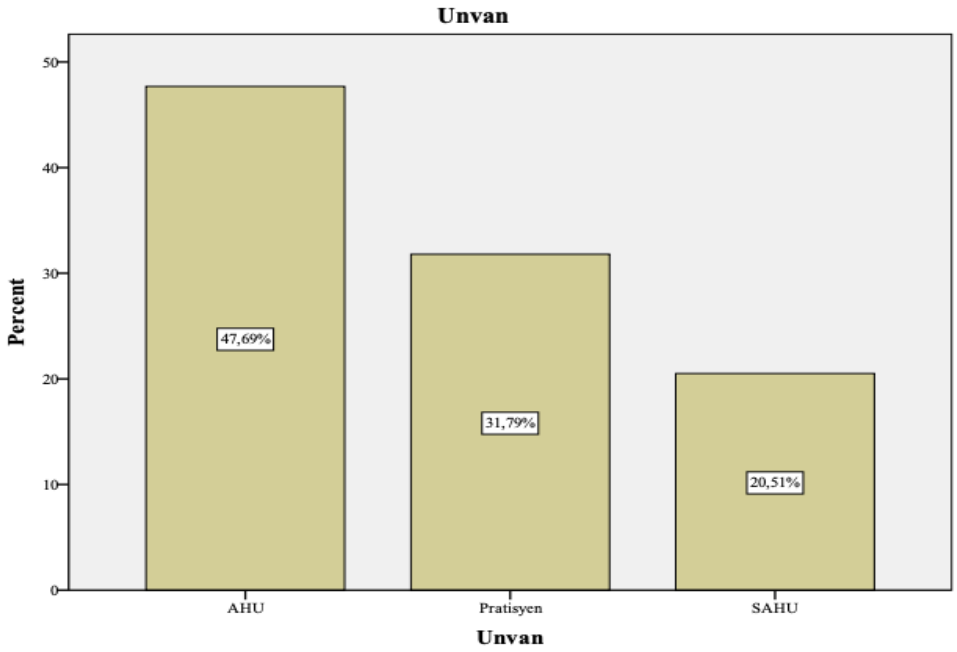

**Şekil 4.3**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Medeni Durumuna göre Karşılaştırılması

Medeni durumun duyarlılık yönelimi, yanılgı yönelimi ve kronik ağrılı hastalara yönelik tutum üzerindeki etkisini inceleyen karşılaştırma testlerinde, her üç ölçekte de evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

**Tablo 4.7.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Ünvana göre Karşılaştırılması

| Unvanınız nedir? | | n | Ort. | ss | Anova F | Anova P | Post Hoc |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | AHU | 93 | 3,74 | 0,62 | **4,157** | **0,017*** | 2<3 |
| | Pratisyen | 62 | 3,49 | 0,89 | | | |
| | SAHU | 40 | 3,86 | 0,46 | | | |
| Yanılgı Yönelimi | AHU | 93 | 3,30 | 0,66 | **0,341** | **0,711** | |
| | Pratisyen | 62 | 3,24 | 0,95 | | | |
| | SAHU | 40 | 3,36 | 0,64 | | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | AHU | 93 | 3,57 | 0,54 | **3,244** | **0,041*** | 2<3 |
| | Pratisyen | 62 | 3,39 | 0,69 | | | |
| | SAHU | 40 | 3,67 | 0,42 | | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA – Tukey testleri*




**Şekil 4.4**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Ünvana göre Karşılaştırılması

Unvanına göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edildi.

Duyarlılık Yönelimi ölçeğinde, unvanlar arasında anlamlı bir fark belirlenmedi. (F=4,157, p=0,017). Post-hoc test sonuçlarına göre, AHU ve SAHU unvanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05), ancak diğer unvanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuçlar, AHU unvanına sahip olanların diğer unvanlara kıyasla Duyarlılık Yönelimi puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

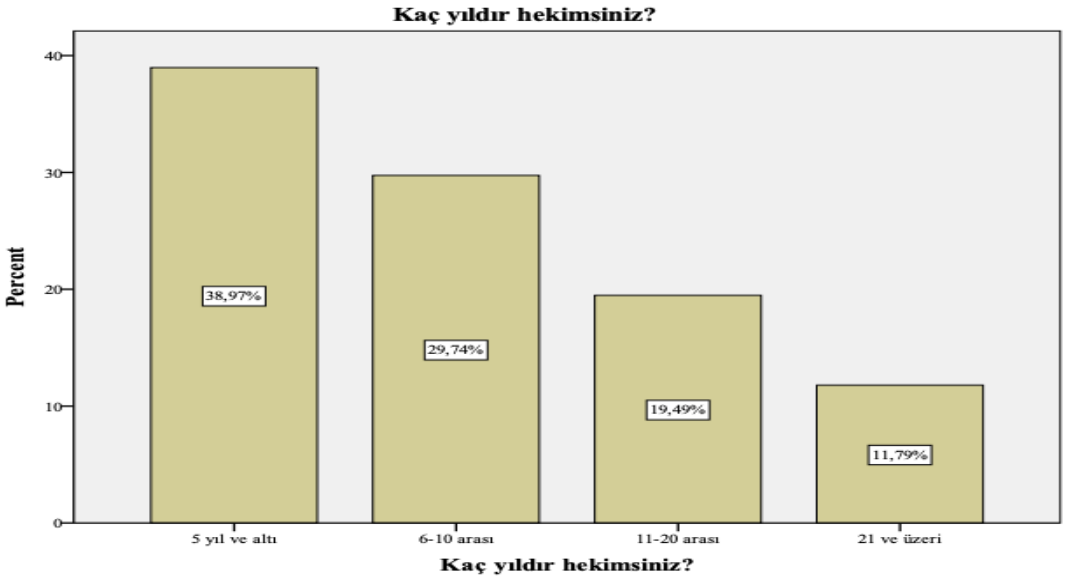
Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde de unvanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (F=3,244, p=0,041). Post-hoc test sonuçlarına göre, AHU ve SAHU unvanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05), diğer unvanlar arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, AHU unvanına sahip olanların Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum puanlarının diğer unvanlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yanılgı Yönelimi ölçeğinde ise unvanlar arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0,05). Bu ölçekte unvanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

**Tablo 4.8.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması

| Kaç yıldır hekimsiniz? | | n | Ort. | ss | Anova F | Anova P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | 5 yıl ve altı | 76 | 3,70 | 0,62 | **1,122** | **0,341** |
| | 6-10 arası | 58 | 3,74 | 0,62 | | |
| | 11-20 arası | 38 | 3,72 | 0,78 | | |
| | 21 ve üzeri | 23 | 3,43 | 0,99 | | |
| Yanılgı Yönelimi | 5 yıl ve altı | 76 | 3,14 | 0,78 | **2,022** | **0,112** |
| | 6-10 arası | 58 | 3,31 | 0,72 | | |
| | 11-20 arası | 38 | 3,44 | 0,74 | | |
| | 21 ve üzeri | 23 | 3,48 | 0,75 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | 5 yıl ve altı | 76 | 3,48 | 0,55 | **0,647** | **0,586** |
| | 6-10 arası | 58 | 3,57 | 0,59 | | |
| | 11-20 arası | 38 | 3,61 | 0,59 | | |
| | 21 ve üzeri | 23 | 3,45 | 0,65 | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA*



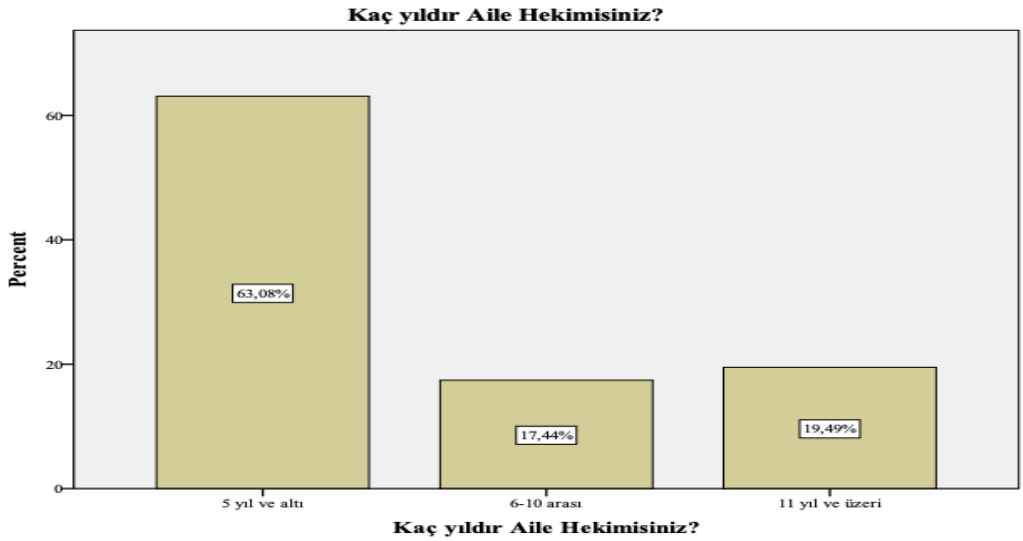

**Şekil 4.5**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması

Hekimlik deneyimine göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edilmedi(p>0,05).

**Tablo 4.9.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Aile Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması

| Kaç yıldır Aile Hekimisiniz? | | n | Ort. | ss | Anova F | Anova P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | 5 yıl ve altı | 123 | 3,75 | 0,59 | **2,588** | **0,078** |
| | 6-10 arası | 34 | 3,70 | 0,68 | | |
| | 11 yıl ve üzeri | 38 | 3,46 | 0,98 | | |
| Yanılgı Yönelimi | 5 yıl ve altı | 123 | 3,23 | 0,77 | **1,380** | **0,254** |
| | 6-10 arası | 34 | 3,31 | 0,67 | | |
| | 11 yıl ve üzeri | 38 | 3,47 | 0,80 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | 5 yıl ve altı | 123 | 3,55 | 0,55 | **0,352** | **0,704** |
| | 6-10 arası | 34 | 3,54 | 0,59 | | |
| | 11 yıl ve üzeri | 38 | 3,46 | 0,66 | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA*




**Şekil 4.6**. Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin Aile Hekimlik deneyimine Göre Karşılaştırılması

Aile hekimliği deneyimine göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edilmedi(p>0,05).

**Tablo 4.10.** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının "Kendinizde veya Ailenizde Kronik Ağrı Şikâyeti Var Mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması

| Kendinizde veya ailenizde kronik ağrı şikâyeti var mı? | | n | Ort. | Ss | T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Duyarlılık Yönelimi | Evet | 140 | 3,68 | 0,70 | **-0,025** | **0,980** |
| | Hayır | 55 | 3,69 | 0,71 | | |
| Yanılgı Yönelimi | Evet | 140 | 3,26 | 0,77 | **-1,042** | **0,299** |
| | Hayır | 55 | 3,38 | 0,74 | | |
| Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği | Evet | 140 | 3,52 | 0,58 | **-0,548** | **0,584** |
| | Hayır | 55 | 3,57 | 0,57 | | |

**p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi*




**Şekil 4.7. .** Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeğinin "Kendinizde veya Ailenizde Kronik Ağrı Şikâyeti Var Mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması

Kronik ağrı şikayeti olan veya olmayan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edilmedi($p>0,05$).

# 5. TARTIŞMA

Ağrı semptomu ülkemizde ve dünyada, hastaneye ve birinci basamak sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedenlerinden birisidir.Ağrı semptomu ile gelen hastanın tanı,tedavi ve gerekirse sevk sürecinde etkili olabilmek için hastaya yaklaşım çok önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının ağrı yönetimine ilişkin yaklaşımları, hem sağlık açısından hem de ekonomik açıdan pek çok fayda sağlamaktadır

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının ağrı yönetimine ilişkin yaklaşımları, hem sağlık açısından hem de ekonomik açıdan pek çok fayda sağlamaktadır.Gereksiz ilaç kullanımı ve üçüncü basamaktaki poliklinik hasta sayısının azalması birinci basamakta yapılan tetkik ve tedavinin etkinliği ile alakalıdır.

Biz bu çalışmada Erzurum merkezinde asm de çalışan aile hekimlerinin kronik hastaya yönelik tutumlarını ve alt boyutlarının demografik özelliklere göre incelemesini amaçladık. Yaptığımız çalışmada duyarlılık yönelimi ve tanılgı yönelimi boyutları ile kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu ölçeği arasında pozitif anlamlı kuvvetli bir ilişki vardır. Çalışmamızda kadın cinsiyeti ve AHU olan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki saptandı.($p<0.005$). Hekimin yaşı,medeni hali ,hekimlik yılı,uzmanlık yılı ve hekimin kronik ağrıya sahip olup olmaması ile hekimlerinin kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. ($p>0.005$)

Çalışmamızda 'Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği' kullanıldı. Çalışmamızda kronik ağrılı hastalara yönelik tutum ölçeğinde de cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark tespit edildi ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).Literatürde aynı ölçek kullanılmamış olup benzer anketlerle çalışmamız karşılaştırıldı.

Al Zaabi ve arkadaşlarının(2023) Hemşirelerin Kansere Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi amacı ile Ummanda 118 hemşireye Ağrıya İlişkin

Bilgi ve Tutum Anketi (NKASRP) anketi uygulamş ve hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir($p>0.005$)(94).

AL-Sayaghi ve arkadaşlarının(2022) Suudi Arabistan Krallığı Medine'deki King Fahad Hastanesi'nde hemşirelerin ağrı değerlendirmesi ve yönetimine ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacı ile 291 hemşireye Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Araştırması (KASRP) standardize anketi doldurulmuştur ve hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(95).

Admass ve arkadaşlarının(2020) Etiyopya'daki tüm onkoloji merkezlerindeki çalışan hemşirelere yönelik kanser ağrısı yönetiminde bilgi ve tutumlarını ölçmek için KASRP anketi uygulanmış ve katılan 138 hemşirerin cinsiyetler arasında anlamlı farklık görülmemiştir.(96)

Yassin ve arkadaşlarının(2020) Katar'da yaptığı hemşirelerin kanser ağrısı yönetimine yönelik bilgi ve tutumlarına yönelik yaptığı (Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketini) NKASRP anketine 159 kişi katılmış. Katılımcıların cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür(97).

AbuBaker ve arkadaşlarının(2019) Dubai, BAE'deki bir devlet hastanesinde Hemşirelerin ağrı hakkındaki algılarını (bilgi ve tutumlarını) Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi'ni (NKASRP) kullanarak gerçekleştirdiği çalışmaya 200 hemşire dahil edilmiş. Cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(98)

Samarkandi ve arkadaşlarının(2018) Riyad'daki King Saud Üniversitesi Tıp Fakültesinde 247 hemşireye hemşirelerin ağrı yönetimi ve bilgisi hakkındaki tutumlarını ölçmek amacı ile ağrı bilgi ve tutum anketi (KAS) uygulanmıştır. Çalışmada kadınların bilgi ve tutumları daha yüksek puan almıştır(99).

AL-Attiyat ve arkadaşlarının(2018) Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki 2 hastanede çalışan 115 onkoloji hemşiresine kullanarak hemşirelerin ağrı hakkındaki bilgi ve tutumlarını incelemek için Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Tutum ve Bilgi Anketi

(NKASRP) anketi yapmışlar anket sonucuna göre katılımcıların cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür(100).

Darawad ve arkadaşlarının(2017) Ürdün'de onkoloji birimlerinde hekim ve hemşirelerin kanser ağrısı yönetimine (CPM) yönelik bilgi ve tutumlarını karşılaştırmak amacı ile 72 doktor ve 132 hemşireye Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi'nin (KAS) değiştirilmiş versiyonu kullanılarak anket yapılmış doktorlarda ve hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(101).

Ortiz ve arkadaşlarının(2015)Meksika da bir üniversite hastanesinde Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutumunu değerlendirme amacı ile 274 hemşireye Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi (PNKAS) uygulamıştır. Çalışmada hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(102).

Alqahtani ve arkadaşlarının(2015) Suudi Arabistan hastanelerinde (SA) hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumlarını incelemek amacı ile 320 hemşireye ağrıya ilişkin bilgi ve tutum Araştırması' (KASRP) anketi kullanılarak yaptığı çalışmada hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(103).

Shahriary ve arkadaşlarının(2015) Onkoloji ortamlarında çalışan onkoloji hemşirelerinin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla İran'ın Yazd kentindeki Shahid Sadoughi hastanesinde çalışan 58hemşireye "Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutum Anketi" (NKAS)uygulamış. cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(104).

Al Qadire ve arkadaşlarının (2014) de Ürdün de hemşirelerin ağrı tedavisine ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırmak amacı ile 211 hemşireye hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi ve tutum anketi uygulanmış ve hemşirelerde cinsiyetler arasında anlamlı farklıklar elde edilmemiştir(105)

Lalonde ve arkadaşlarının(2014) birinci basamakta kanser dışı kronik ağrıya ilişkin bilgi, tutum ve inançları araştırmak amacıyla Kanada'da doktorlar ve eczacılar arasında yaptığı çalışmada 387 hekim ve 278 eczacıya KnowPain-50 anketinin değiştirilmiş anketi sunulmuş ve 137 hekim,110 eczacı doldurulmuş. Eczacılarda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir(106).

Literatürde kronik ağrıya yönelik yapılan benzer çalışmalarda Samarkandi(2018)'nin yaptığı çalışma bizim çalışmamızla benzer olarak kadın cinsiyetinin kronik ağrıya yönelik tutumu istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır(99).Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde cinsiyetin kronik ağrılı hastaya yönelik bilgi ve tutumunda istatistiksel bir fark görülmemiştir(94–98,100–103,106) . Kadınların kronik ağrılı hastalara yönelik tutumlarının, erkeklere kıyasla daha iyi olduğu görülmektedir. Çalışmamızın sonucu kadınların tutumlarının daha olumlu olmasının nedeni duygusal yapıda olması ve annelik içgüdüsü ile hastaların ızdıraplarını daha iyi anlıyor olmalarından kaynaklı olabilir. Literatürdeki farklılıkların örnekleme yöntemlerindeki farklılıklar, örneklem büyüklüğü, veri toplama araçları, çalışma ortamları ve katılımcı kategorizasyonu gibi faktörlere bağlanabilir. Yapılan çalışmaların hemşireler ve hekimler olarak farklı gruplara yapılmış olması ve hemşirelerin farklı kültürel ve eğitimsel geçmişleri ağrı eğitimi süresi ile alakalı olabilir.

Bizim çalışmamızda kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu ölçeği ile yapılan karşılaştırmalarda yaş grupları arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark tespit edilmedi.($p>0,05$). Literatür tarandığında yapılan çalışmalarda kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu ölçeği için yapılan karşılaştırmalarda yaş grupları arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.($p>0,05$) (94–97,100–105)Bizim çalışmamız literatür ile karşılaştığında sonuçların uyumlu olduğunu gördük. Yaş gruplarının arasında anlamlı farklılığın olmaması herkesin aynı tıp eğitimini alması tıp bilgi ve etiğine uyumunun yaş ile değil eğitimle alakalı olmasından kaynaklı olabilir.

Medeni durumun duyarlılık yönelimi, yanılgı yönelimi ve kronik ağrılı hastalara yönelik tutum üzerindeki etkisini inceleyen karşılaştırma testlerinde, her üç ölçekte de evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi

Literatürdeki Yassin (2020) AbuBaker (2019) Alqahtani(2015)nin çalışmalarında da medeni hali istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir(97,98,103) Bizim çalışmamız literatürle uyumlu sonuçlar içermektedir.

Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde de unvanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=3,244$, $p=0,041$). Sonuçlara göre, AHU ve SAHU unvanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$), diğer unvanlar arasında ise anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, AHU unvanına sahip olanların Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutum puanlarının diğer unvanlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Admass(2020)ın,Al Zaabi(2023)nin ve Darawad(2017) ın yaptıkları çalışmada hemşirelerin lisans dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.Uzman hemşirelerin bilgi ve tutumu diğer hemşirelerden daha yüksek çıkmıştır.(94,96,101)

Bizim çalışmamız literatürle uyumlu sonuçlar içermektedir. Benzer sonuçların elde edilmesi pratisyen aile hekimlerinin tıp eğitimi boyunca kronik ağrılı hasta ile sık karşılaşmamış olması, aile hekimi uzmanlarının 3 yıl boyunca rotasyon yapıp çeşitli bölümlerde çeşitli kronik ağrıya yaklaşımının kendi bölümlerine göre yaklaşımına tanık olması ve SAHU eğitiminin uzun bir süreç olup henüz rotasyonlarının tamamlanmadan anketi doldurmaları ile alakalı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlik deneyimine göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, kronik ağrılı hastalara yönelik tutumu ölçeği'nde anlamlı bir fark tespit edilmedi.

AL-Sayaghi (2022) ve Admass (2020) ın yaptığı çalışmada hemşirelerin deneyimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir(95,96)

Yassin ve arkadaşlarının(2020) yaptığı çalışmada hekimlik deneyimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.(97).

AbuBaker ve arkadaşlarının(2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin deneyim yılı arrtıkça duyarlılık azalmıştır(98).

Samarkandi ve arkadaşlarının(2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin deneyim yılı ile bilgi tutum puanı arasında pozitif farklılık görülmüştür(99).

AL-Attiyat ve arkadaşlarının(2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin deneyim yılı ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(100).

Darawad ve arkadaşlarının(2017) hekimliklik deneyimi istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(101).

Özveren ve arkadaşlarının(2018) bir devlet hastanesinde hemşirelere yönelik yaptığı benzer çalışmaya 209 hemşire katılmış. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yaptığı araştırmada 8 soruluk anket doldurtulmuş, anket sonucun göre klinikteki hemşirelerin çalışma yılı azaldıkça ağrı değerlendirme oranının yükseldiği görülmüştür(107)

Alqaptani (2015) ,Ortiz(2015) ve Al Qadire(2014) nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin deneyim yılı ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(102,103,105)

Literatürde kronik ağrıya yönelik yapılan benzer çalışmalarda (95–97,101,102,105)çalışmamıza aynı sonuçlar bulunubildiği gibi(98,99,107) farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Bizim çalışmamızın sonucu deneyimden ziyade bilgili olmanın ve deneyimin eğitim ile birlikte olduğu zaman anlamlı olmasının bilgi olmadan aynı hastaya farklı yaklaşımın mümkün olmayacağının sonucu olabilir. Literatürdeki farklılıklar; katılımcıların çalıştığı ortamların klinik, poliklinik ve yoğun bakım hemşireleri üzerinde anket uygulanıp hasta sayısı çalışma koşulları yıpranma yıllarına bağlı olabilir.

Aile hekimliği deneyimine göre yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu

Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edilmemiştir(p>0,05). AL-Attiyat ve arkadaşlarının(2018) onkolojik ağrı ile ilgili hekimlik deneyiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(100). Darawad ve arkadaşlarının(2017) hemşirelerdeki çalışmasında deneyimle istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(101) Çalışmamız literatürle uyumlu sonuç vermiştir.

Kronik ağrı şikayeti olan veya olmayan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırma testi sonuçlarına göre, Duyarlılık Yönelimi, Yanılgı Yönelimi ve Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği'nde anlamlı farklar tespit edilmedi. Kronik ağrı şikayeti olan veya olmayan katılımcılara yönelik yapılan bu çalışma, daha önce sağlık çalışanları ve aile hekimliği asistanları üzerinde gerçekleştirilen bir araştırma bulunmadığından, karşılaştırma yapılması mümkün olmadı.

Anketin hekimlere internete erişimlerinde herhangi bir kısıtlama olmaksızın dağıtılması ve hekimlere mail adresi sorulduğu için kimlikleri belli olduğu için katılmadan önce etik değerleri düşünerek cevaplamalarına olanak tanınması, çalışmanın Erzurum merkezinde olması nedeni ile bulguların ülkedeki tüm hekimlere genellenmesini zorlaştırılması ve çalışmada öncelikle hekimlerin kronik ağrıya yönelik tutumları üzerinde durulmasına rağmen fiili uygulamaları gözlemlenmemesi çalışmamızın kısıtlılığına örnek verilebilir. Yine çalışmada hekimlerin kronik ağrılı hasta bakım sıklığının takip etmememesi de çalışmanın kısıtlılığındandır.

Gelecekteki araştırmalar hekimlerin kronik ağrılı hastaya yönelik yaklaşımları daha kapsamlı izlenmeli, çalışmamızdaki kısıtlılıkları göz önünde ele alarak kronik ağrıyla ilgili tutum ve bilgiler üzerine değerlendirmeler yapmalıdır.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik ağrı yönetiminin hem hastanın sağlığı hem daha az ilaç kullanımı hem de hastaneye başvuru konusunda pozitif anlamda etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle kronik ağrıya yaklaşımlarının,tanı ve tedavisinin birinci basamak şartlarına uygun olarak yapmak aile hekimlerinin görevlerindendir.. Biz de bu önemli sorumluluğun farkında olarak halen asistanlık sürecinde olan ve asm de aile hekimi olarak aktif çalışan hekimlerin bilgi düzey ve yaklaşımlarını incelemek amacıyla çalışmamızda kronik ağrıya yaklaşımın birinci hangi sosyodemografik özelliklerden etkilendiği konusunda araştırma yaptık Calışmamızda asm de çalışan 195 aile hekimine gönderilen anket sonuçlarını inceledik. Yapılan çalışmada kadın cinsiyeti ve AHU unvanına sahip olmak duyarlılık yönünde olumlu etki gösterirken diğer sosyodemgorafik özelliklerin duyarlılık yönünde bir etkisi olmamıştır.

Yaptığımız çalışmada çıkan sonuçlara göre ;Birinci basamaktaki hekimlere kronik ağrı ile ilgili eğitim,seminer vb düzenlenmelidir.Yine tıp fakültesi boyunca kronik hastalarla ilgili hekim adaylara daha sık aktif rol verilmelidir.Aile hekimleri hastayı değerlendirirken daha önceki şikayetlerini de göz ardı etmeden hastayı her gördüğünde yeniden ve baştan değerlendirip anemnez ve muayene kısmında eksik yapılmadan tetik ve tedavisini düzenlemelerine dikkat etmelidir.Birinci basamakta görevli hekimlerin sürekli aynı nüfusa hizmet vermesi,ailenin tüm üyelerin hakim olması,kişiyi bütüncül olarak ele alması ve kendisine bağlı nüfus ile daima irtibat halinde olmaları nedeniyle aile hekimlerine büyür sorumluluk düşmektedir.

## KAYNAKLAR


1. Gökyıldız, Şule. Kronik Pelvik Ağrı Ve Yaşam Kalitesi. Florence Nightingale Journal Of Nursing, 2014, 17.3: 198-202.
2. Kaşık, Merve. Ferulik Asitin Periferik Analjezik Etkisi Ve Olası Mekanizmaları. 2020. Phd Thesis. Anadolu University (Turkey).
3. Öngel, K. . Ağrı tanımı ve sınıflaması. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 2017,9(1), 12-14.
4. Ünal-Çevik I. Ağrının kronikleşmesine neden olan faktörler, patofizyoloji temelli tedaviler. TOTBID Dergisi. 2017;16(2).
5. Altan, Lale; Aksoy, Meliha Kasapoğlu. Kronik ağrı tanımı ve epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics, 2017, 10.3: 229-233.
6. Kolcu UDG. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ağrı Yönetimi. Aile Hekimliği. 2017;9:20–22.
7. Turhan Esra Seda,Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,(Yüksek Lisans Tezi),Ankara 2014.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Niyazi Erdoğan)
8. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

   https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_27_2_VIII_XI.pdf
9. https://www.saglik.gov.tr/TR-10506/aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-yonetmelikte-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html
10. Can, Öner. (2015). Evolution of family medicine specialty in legislations. Turkish Journal of Family Practice, 19(4).
11. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

    https://www.tahud.org.tr/page/tarih%C3%A7e-1
12. Akpınar Ersin. Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar.Akademisyen Kitapevi 2019. 6–6 p.
13. Bozdemir Nafiz, Kara İsmail Hamdi, Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi,Ankara Nobet Tıp Kitap Evleri,Ankara 2020.
14. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul Ve Esasları. [cited 2023 Dec 27]; www.yhgm.saglik.gov.tr .
15. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. TJFMPC. 2016;10(2):81-90
16. Şentürk İ A. Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri Ve Mekanizmaları. Mrr. 2018;1(3):78-81. .

17. Bilsel Ba, Durusoy E, Mutuş R. Ağrı ve Bellek. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023 Apr 29;(19):290–301.
18. Öngel, Doç. Dr. Kurtuluş. "Ağrı Tanımı Ve Sınıflaması". Klinik Tıp Aile Hekimliği, vol. 9, no. 1, 2017, pp. 12-14.
19. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Vol. 161, Pain. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 1976–82.
20. Mine SY, Koçak Y, Kaya H, Koçak MY. Akut Ve Kronik Ağrı Yönetiminde Sanal Gerçeklik Uygulaması. Vol. 2, Araştırma Türü: Derleme. 2021.
21. Ekizoğlu E. Autonomic symptoms and allodynia in Migraine. Vol. 55, Noropsikiyatri Arsivi. Turkish Neuropsychiatric Society; 2018. p. 197–8.
22. Uyar, Meltem, and İdris Köken. "Kronik ağrı nörofizyolojisi." TOTBİD Dergisi 16 (2017): 70-76.
23. Elmi Terander A, Corell A, Shahidi S, Richter J, Sköld M, Svensdotter E. [Spinal neurosurgery: radiculopathy and myelopathy]. Lakartidningen. 2023 Jan 24;120.
24. Seringeç Akkeçeci N. Maraş Otunun Ağrı Şiddeti, Ağrı Eşiği ve Ağrı Toleransı Üzerine Etkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2021 Jun 1;48(2):369–74.
25. Çanakçı E, Cebeci Z. Obezite tedavisinde ve akupunktur'un yeri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2017;9(4):23-30.
26. Yağcı Ü, Saygin M. Ağrı Fizyopatolojisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2019 Jun 1;26(2):209–20.
27. Kılıç ,Ercan, Acil Kliniğe Ağrı Şikayeti İle Başvuran Bireylerin Ağrı Şiddeti Ve Ağrı Korkusunun Ağrı Felaketleştirmesi Üzerine Etkisi,(yüksek lisan tezi), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Sivas 2023. (Danışman: Prof. Dr. Meryem Yılmaz)
28. Reisli R. Pharmachologic treatment of acute postoperative pain: A clinical practice guideline of The Turkish Society of Algology. Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology. 2021;
29. Kocabaş Çakmak Hilal, Kronik Bel Ağrısı Olan Hastalarda Ağrı İnançları, Ağrı İle Baş Etme Becerilerinin Girişimsel Tedavi Yanıtına Etkisi,Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi , (Uzmanlık Tezi),Manisa 2023(Danışman: Prof. Dr. İdil Tekin).
30. Gülmez Dilan,Birinci Basamak Fizyoterapi Hizmetlerine Başvuran Bireylerde Kronik Ağrı Varlığının Ve Kronik Ağrının Bireylerin Biyopsikososyal Özellikleri, Duygu Durum Ve Fiziksel Aktivite Düzeyleriyle İlişkisinin İncelenmesi: Tek Merkezli Çalışma, (Yüksek Lisans Tezi),Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara 2023(Danışman: Prof. Dr. Edibe Ünal)

31. Yılmaz Kurt F, Karaca Çiftçi E. Ağrının davranışsal etkileri-ağrıyı algılama ve tepkileri etkileyen faktörler. Özyazıcıoğlu N, editör. Çocuklarda Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.19-26.

32. Yüksel B, Seven A, Yıldız Y, Gözükara İ, Kabil Kucur S, Polat M, et al. Vajinal doğum ve sezeryan öncesi ve sonrasında hastaların ağrı algılarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2015;6(4).

33. Reisli R. Pharmachologic treatment of acute postoperative pain: A clinical practice guideline of The Turkish Society of Algology. Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology. 2021;

34. Öz N, Sayıner Çağlar N, Akar N, Akar A, Aytekin E. Investigation of the Effectiveness of Laser Therapy in Myofascial Pain Syndrome. Journal of Academic Research in Medicine. 2021 Aug 27;11(2):157–63.

35. Gürkan, Aysel et al. "Ameliyat Sonrası Akut ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesinde dört Farklı ağrı ölçeğinin karşılaştırılması". Cukurova Medical Journal, vol. 45, no. 4, 2020, pp. 1562-71.

36. Yeşilyurt M, Faydalı S. Ağrı Değerlendirmesinde Tek Boyutlu Ölçeklerin Kullanımı. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2020 Sep 16;

37. Raj PP. Ağrı taksonomisi. Erdine S (ed). Ağrı, Birinci baskı, İstanbul;Alemdar Ofset, 2000:12-20.

38. Özdemir Ramazan, Çocuk Onkoloji Hastalarında Ağrı Deneyiminin Değerlendirilmesi,(Uzmanlık tezi), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,Bursa 2012.

39. Kılıç Dilba( Yüksel Lisans Tezi),Kronik Ağrı Yaşayan Bireylerde Uzaktan Nörobilimsel Ağrı Eğitiminin Ağrı İle Başa Çıkma Ve Ağrı İnancına Etkisinin İncelenmesi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul 2020.(Danışman:Doç.Dr.Hasan Kerem Alptekin)

40. Elbi H. Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme. TOTBID Dergisi. 2017;16(2).

41. Yekedüz E, Utkan G, Ürün Y. Oncologic approaches for bone metastasis related pain. Nuclear Medicine Seminars. 2020 Mar 1;6(1):11–6.

42. Taşar, Mustafa; Erşen, Mehmet. Onkolojide Ağrı Tedavileri. Turkiye Klinikleri Radiology-Special Topics, 2022, 15.2: 129-133.

43. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. Am Fam Physician. 2017 Nov 15;96(10):656–63.

44. Lin CS, Lin YC, Lao HC, Chen CC. Interventional Treatments for Postherpetic Neuralgia: A Systematic Review. Pain Physician. 2019 May;22(3):209–28.

45. Wang Y, Li W, Peng W, Zhou J, Liu Z. Acupuncture for postherpetic neuralgia. Medicine. 2018 Aug;97(34):e11986.

46. Söylemez-Gökyer D, Kayaalti Z. Distribution of sickle cell anemia in Turkey, pathophysiology and iron toxicity. Marmara Pharm J. 2016;20(2):92–9.

47. Piccin A, Murphy C, Eakins E, Rondinelli MB, Daves M, Vecchiato C, et al. Insight into the complex pathophysiology of sickle cell anaemia and possible treatment. Eur J Haematol. 2019 Apr 21;102(4):319–30.

48. Brandow AM, Liem RI. Advances in the diagnosis and treatment of sickle cell disease. J Hematol Oncol. 2022 Mar 3;15(1):20.

49. Koca Ebru. Orak Hücreli Anemi. Turkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics. 2016;9(1):23–7.

50. Kavanagh PL, Fasipe TA, Wun T. Sickle Cell Disease. JAMA. 2022 Jul 5;328(1):57.

51. Yalçinkaya Fatma,İnflamatuar Artritlerde Kraniyoservikal Bileşke Tutulumunun Bilgisayarlı Tomografi Ve Manyetik Rezonans Görüntüleme İle Retrospektif İncelenmesi,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,Ankara 2021.(Danışman: Prof. Dr. Umut Kalyoncu)

52. Gerek Mehmet Emin,Romatoid Artrit Hastaları İle Artraljisi Olup Artrit Bulguları Olmayan Hastaların Direkt Grafilerinde Eklem Erozyonunun Karşılaştırılması, (Uzmanlık Tezi),Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi ,Konya 2019 .(Danışman: Prof. Dr. Recep Tunç)

53. Radu, A.-F.; Bungau, S.G. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. Cells 2021, Oct 23;10(11):2857.

54. KÜLTÜR, Turgut. Romatoid Faktör ve Anti Siklik Sitrülin Peptid Antikor Testlerinin Romatoid Artrit Tanı ve Takibindeki Önemi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016, 17.3: 29-33.

55. Karabulut Gonca, Özbalkan Aşlar Zeynep Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2021; 60: Ek Sayı /Supplement 42-43.

56. Çefle, Ayşe Et al. "Turkish Society for Rheumatology recommendations for the management of rheumatoid arthritis." Ulusal Romatoloji Dergisi , vol.10, no.2, pp.81-84, 2018

57. Elbey, B. Ankilozan spondilitli hastalarda güncel tedavi yaklaşımları. Dicle Tıp Dergisi, (2015),42(1), 123-127.

58. İnanır, Ahmet et al. Ankilozan Spondilitli Hastalarda Postüral Denge Ve Düşme Riskinin Değerlendirilmesi,Cukurova Medical Journal, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 86-91

59. D. Koçer Et Al.,Mpv Değerinin Ankilozan Spondilitli Hastalarda Enflamasyon Belirteci Olarak Değerlendirilmesi,Türk Klinik Biyokimya Dergisi , Vol.12, No.2, Pp.73-77, 2014

60. Elbey B. Ankilozan spondilitli hastalarda güncel tedavi yaklaşımları. Dicle Medical Journal / Dicle Tip Dergisi. 2015 May 10;42(1).

61. Liu JT, Yeh HM, Liu SY, Chen KT. Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. World J Orthop. 2014 Sep 18;5(4):537-43.

62. FitzGerald, O., Ogdie, A., Chandran, V. et al. Psoriatic arthritis. Nat Rev Dis Primers 7, 59 (2021).

63. COATES, Laura C., et al. Psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis: is all inflammation the same?. In: Seminars in arthritis and rheumatism. WB Saunders, 2016. p. 291-304.

64. Cansu, D., & Korkmaz, C. (2016). Psöriatik artrit tedavisi: 2015 güncelleme/psorıatıc arthrıtıs treatment: 2015 update. Osmangazi Tıp Dergisi, 38(1), 17-25.

65. KARAKUS, Dilek, et al. Nadir Bir Reaktif Artrit Nedeni: Giardia Lamblia/A Rare Cause of Reactive Arthritis: Giardia Lamblia. Turkish Journal of Rheumatology, 2009, 24.1: 51.

66. Märker-Hermann E. Reaktive Arthritis – eine vergessene Erkrankung? DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2020 Dec 30;145(24):1786–90.

67. Stegert M. Reaktive Arthritis. Therapeutische Umschau. 2023 Feb;80(1):34–8.

68. IŞIK, Nurullah İshak. Enteropatik Artrit. Turkiye Klinikleri Emergency Medicine-Special Topics, 2022, 8.3: 29-31.

69. Hangül, Zehra; Çıraklı, Sevgi. Birincil Baş Ağrısı Olan Ergenlerde Yaşam Kalitesi Anksiyete, Depresyon ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerle İlişkili Olabilir. Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health, 2021, 28.3.

70. Çetinkaya,Erdoğan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye TIP Fakültesi Öğrenci Ders Notları,. İstanbul, 2021

71. Aguilar-Shea AL, Membrilla MD JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. Aten Primaria. 2022 Feb;54(2):102208.

72. Dodick DW. Migraine. The Lancet. 2018 Mar;391(10127):1315–30.

73. Probyn K, Bowers H, Caldwell F, Mistry D, Underwood M, Matharu M, et al. Prognostic factors for chronic headache. Neurology. 2017 Jul 18;89(3):291–301.

74. tombul kamile, balcioglu ibrahim, ertem devrimsel, bingol ayhan, goksan baki, uluduz derya. Personalıty Profiles In Patıents Wıth Mıgraıne Type Headache. Yeni Symposium. 2015;53(2):30.

75. Taşçatan Gülcan,Kronik Günlük Baş Ağrısı Ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Hastalarında Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi(Uzmanlık Tezi) Bülen Ecevit Üniversitesi tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Zonguldak 2021.(Danışman: Prof. Dr. Hüseyin Tuğrul Atasoy)

76. Öztürk M. Migren-Atak ve Profiaktik Tedavi. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 51–66. .

77. Edit. Jes Olesen Çeviri Özge Aynur et al. T. Başağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması 3. Basım Nobel Tıp Kitabevleri. 2021.

78. Schwedt TJ. Chronic migraine. BMJ. 2014 Mar 24;348:g1416.

79. ÖZTÜRK, Vesile. Migren Akut Tedavisi/Acute Treatment of Migraine. Noro-Psikyatri Arsivi, 2013, 50.1: 26.

80. Gürsoy, A. E., Ertaş, M,Migrende Profilaktik Tedavi, Nöropsikiyatri Arşivi; 2013;50(Ek 1):30-35

81. Selçuki, Deniz; Ak, Ayşın Kısabay. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tipleri, Tanı ve Tedavisi. Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics, 2018, 11.1: 43-65.

82. Uşan, Hicran, et al. Epizodik tipte küme tipi baş ağrısının nöralterapi ile tedavisi: olgu sunumu. Anadolu Tıbbı Dergisi, 2023, 2.3: 15-17.

83. Yaraşır E, Pirinçci E, Deveci Se. Bel Ağrısında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018 Mar 31;27(1):93–108.

84. Dinakar P. Principles of pain management.In:Daroff RB,JankovıcJ, MazzıottaJC, PomeroySL,editors.Bradley's Neurology in ClinicalPracticeSeventh Edition. Elsevier;2016. p.720-741.

85. KURT, Ercan, and Abdulkadir ATIM. "Baş ve Yüz Ağrılarının Tedavisinde İnvazif Girişimler." Turkiye Klinikleri Ear Nose and Throat-Special Topics 3.3 (2010): 66-74.

86. Suca, Sevda; Akçaboy, Cihan. Yüz Ağrısı ve TME Şikayeti Olan Hastalarda Klinik Muayene. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 1986, 3.1: 183-191.

87. Vural M, Çağlar S. Pelvik ağrı. Geler Külcü D, editör. Ekstraartiküler Kalça Ağrıları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.52-7.

88. İyibozkurt A. C, Çeliksoy H. Y. Akut Pelvik Ağrı Yapan Nedenler. Engin Oral (Ed.), Kronik Pelvik Ağrı içinde (s. 19- 29). Güne Tıp KitabEvleri,Ankara 2016

89. Akkemik, Ümit; Özgencil, Güngör Enver. Kronik Pelvik Ağrı Ve Girişimsel Ağrı Tedavileri. Turkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics, 2019, 12.3: 104-110.

90. Aydın, Y. (2015). Kronik Pelvik Ağrı. Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics, 8(4), 83-89.

91. Toptaş, Belma; Hılmıye, A. K. S. U. Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2017, 26.1: 142-152.

92. Acarkan, Tijen. Endometriozis. Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi, 2016, 10.1: 5-8.

93. Sucu Çakmak, N. C., Çalışkan, N., & Kan, A. (2023). Health Care Professionals' Attitudes Toward Patients with Chronic Pain: Scale Development Study. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 24(2), 188–195.

94. Zaabi A Al, Al-Saadi M, Alaswami H, Al-Musalami A. Assessing Nurses' Knowledge and Attitudes towards Cancer Pain Management in Oman. Cancers (Basel). 2023 Aug 1;15(15).

95. Al-Sayaghi KM, Fadlalmola HA, Aljohani WA, Alenezi AM, Aljohani DT, Aljohani TA, et al. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. Healthcare (Basel). 2022 Mar 14;10(3).

96. Adie Admass B, Endalew NS, Tawuye HY, Tarekegn Mersha A. Knowledge and Attitude of Ethiopian Oncology Nurses About Cancer Pain Management: National Survey . Cancer Manag Res. 2020 Sep;Volume 12:9045–55.

97. Yassin K, Al bulushi A, Ali N, Idris Z, Abuessa Z, Yassin M, et al. The Knowledge And Attıtude Regardıng Cancer Paın Management Among Nurses Workıng In Cancer Center; An Experıence From Qatar. Middle East Journal of Nursing. 2020 Nov 1;

98. Abubaker NA, Salim NA, Joshua R, Jose A. Registered Nurses' Perception about Pain Management of Hospitalized Patients in One of the Governmental Hospitals in Dubai, UAE: A Cross-Sectional Study. Dubai Medical Journal. 2019 Oct 1;2(3):102–6.

99. Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. Saudi J Anaesth. 2018 Apr 1;12(2):220–6.

100. Al-Atiyyat N, Salim NA, Tuffaha MG, Abu Nigim HA, Saleh MM, Alkhodary ME, et al. A Survey of the Knowledge and Attitudes of Oncology Nurses toward Pain in United Arab Emirates Oncology Settings. Pain Management Nursing. 2019 Jun;20(3):276–83.

101. Darawad M, Alnajar MK, Abdalrahim MS, El-Aqoul AM. Cancer Pain Management at Oncology Units: Comparing Knowledge, Attitudes and Perceived Barriers Between Physicians and Nurses. Journal of Cancer Education. 2019 Apr 15;34(2):366–74.

102. Ortiz MI, Ponce-Monter HA, Rangel-Flores E, Castro-Gamez B, Romero-Quezada LC, O'Brien JP, et al. Nurses' and Nursing Students' Knowledge and Attitudes regarding Pediatric Pain. Nurs Res Pract. 2015;2015:1–8.

103. Alqahtani M, Jones LK. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. European Journal of Oncology Nursing. 2015 Feb 1;19(1):44–9.

104. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM, et al. Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015 Dec 3;16(17):7501–6.

105. Al Qadire M, Al Khalaileh M. Jordanian nurses knowledge and attitude regarding pain management. Pain Management Nursing. 2014 Mar;15(1):220–8.

106. Lalonde L, Leroux-Lapointe Bsc V, Choinière Phd M, Martin Msc E, Lussier D, Berbiche Phd D, et al. Knowledge, attitudes and beliefs about chronic noncancer pain in primary care: a canadian survey of physicians and pharmacists. Vol. 19, Pain Res Manag.

107. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Faydalı Dokuz H. Hemşirelerin Ağrı Ölçeği Kullanımına İlişkin Tutum Ve Uygulamaları. Journal of Contemporary Medicine. 2018 Apr 17;60–6.

## EKLER

### EK -1. Erişkin Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK AĞRILI HASTAYA YÖNELİK TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr. Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Diğer Araştırıcıların Adı: Dr. Ayşegül KURDAL

Destekleyici (varsa):

": Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Ağrılı Hastaya Yönelik Tutumunun Değerlendirilmesi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi görülmüş olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimi Anabilim Dalında, Dr. Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL sorumluluğu altındadır.

**Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Araştırmada aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin kronik ağrılı hastaya yönelik tutumunun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.çalışmaya 324 kişinin katılımı planlanmaktadır.

**Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

**Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

Sosyodemografik özellik formu, Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği:

**Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

1. Çalışmamızda herhangi bir risk bulunmamaktadır.
2. Araştıradan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcalamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

**Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

*Araştırmadan beklenilen toplum yararı açıklanmalıdır.*

**Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :Ayşegül KURDAL

GÖREVİ : Araş.Gör.Dr.

TELEFON :

***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)***

AÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Ayşegül Kurdal tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Ayşegül Kurdal ı numaralı hattan arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR.**

**EK 2. Sosyodemografik Veri Çalışma Formu**

1. Cinsiyetiniz?
2. Kaç yaşındasınız?
3. Medeni durumunuz nedir?
4. Unvanınız nedir?

   (Pratisyen)  (SAHU) ( Uzman )
5. Kaç yıldır hekimsiniz?
6. Kaç yıldır Aile Hekimisiniz?,
7. Kendinizde veya ailenizde kronik ağrı şikayeti var mı?
8. Kronik Ağrı şikayetiniz varsa hangi sistemle ilgili?

Nörolojik Ağrı (migren,trigeminal nevralji,kronik baş ağrısı… )

Kas-İskelet sistemi (herniler,fibromiyalji,romatizmal rahatsızlıklar…)

Üriner sistem (renal kolik,varikosel…)

Gastrointestinal sistem (peptik ulcus,ibs,inflamatuar bağırsak hastalığı…)

Diğer(kronik sinüzit…)

## EK 3. Sağlık Çalışanlarının Kronik Ağrılı Hastalara Yönelik Tutumu Ölçeği

| | Kesinlikle katılmıyorum | Kısmen katılmıyorum | Kararsızım | | | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Kronik ağrılı hastalara zaman ayırırım. | | | | | | | |
| 2.Kronik ağrılı hastaların memnun edilemeyeceğini düşünürüm. | | | | | | | |
| 3.Kronik ağrılı hastaların ağrı şikayetlerini dikkatli bir şekilde dinlerim. | | | | | | | |
| 4.Kronik ağrılı hastaları yakından takip ederim. | | | | | | | |
| 5.Kronik ağrılı hastaların ilgi çekmeye çalıştığını düşünürüm. | | | | | | | |
| 6.Kronik ağrılı hastaları sabırla dinlerim. | | | | | | | |
| 7.Kronik ağrılı hastaları önemserim. | | | | | | | |
| 8.Kronik ağrılı hastaları dinlemenin yorucu olduğunu düşünürüm. | | | | | | | |
| 9.Kronik ağrılı hastalara zamanında bakım veririm. | | | | | | | |
| 10.Kronik ağrılı hasta gördüğümde kötü günümde olduğumu düşünürüm. | | | | | | | |
| 11.Kronik ağrılı hastalara yönelik bilimsel çalışmalar beni mutlu eder. | | | | | | | |
| 12.Kronik ağrılı hastalar konusunda kendimi geliştirmek isterim. | | | | | | | |
| 13.Kronik ağrılı hastalarla iletişim kurmakta zorlanırım. | | | | | | | |
| 14.Kronik ağrılı hastalara bakım ve tedavide öncelik veririm. | | | | | | | |
| 15. Kronik ağrılı hastaların rol yaptığını düşünürüm. | | | | | | | |
| 16.Kronik ağrılı hastalar için üzülürüm. | | | | | | | |
| 17.Kronik ağrılı hastaların zor hastalar olduğunu düşünürüm. | | | | | | | |
| 18.Kronik ağrılı hastaların ağrısını dindirmenin hasta hakkı olduğunu düşünürüm. | | | | | | | |