



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
AĞRI ALGISI, AĞRI İNANÇLARI VE
AĞRI İLE BAŞETMENİN BELİRLENMESİ**

TUBA AKYAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞUBAT 2018



**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE AĞRI ALGISI,
AĞRI İNANÇLARI VE AĞRI İLE BAŞETMENİN BELİRLENMESİ**

Tuba AKYAZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

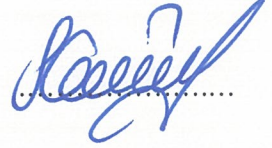
ŞUBAT 2018

Tuba AKYAZ tarafından hazırlanan “Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı, Ağrı İnançları ve Ağrı İle Başetmenin Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan: Doç. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 01/02/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Tuba AKYAZ
01/02/2018

PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE AĞRI ALGISI, AĞRI İNANÇLARI VE AĞRI İLE BAŞETMENİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Tuba AKYAZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şubat 2018

ÖZET

Bu araştırma, periferik arter hastalığı (PAH) olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve PAH tanısı ile izlenen 80 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF), Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ), Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Ki Kare, Fisher Exact, Man-Whitney U ve Spearman korelasyon katsayısı testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun 60 yaş ve üzerinde (%60,1), %81,3'ünün erkek, tamamına yakınının sigara alışkanlığı (%92,5) ve kronik hastalığının (%92,5) olduğu, yarıdan fazlasının klaudikasyon evresinde (%56,3) olduğu belirlenmiştir. Hastalardan %52,5'inin invaziv tedavi, %28,8'inin cerrahi tedavi aldığı, tamamında ağrı ve yürüme mesafesinde azalma olduğu saptanmıştır. Hastaların %25'inin devamlı, %62,5'inin aralıklı ağrısı olduğu, MASF total skorunun $38,61 \pm 11,42$, AİÖ Organik İnançlar alt boyutu ile ABÖ Çaresizlik alt boyutu puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, AİÖ alt boyutları, ABÖ Çaresizlik alt boyutu ile MASF total skoru arasında pozitif yönlü ($p<0,05$), Kendi Kendine Başa Çıkma ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyutları ile MASF total skoru arasında negatif yönlü ($p<0,05$) anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; PAH olan bireylerin ağrı nedeniyle biyopsikososyal yönden olumsuz etkilendikleri, ağrıyla etkili başedemedikleri ve günlük yaşamlarında sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bağlamda, PAH olan bireylerin ağrıyı etkili yönetebilmeleri ve başedebilmeleri için eğitim ve danışmanlık verilmesi, konsültasyon liyezon hizmetlerinin geliştirilmesi ve düzenli izlemlerin yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar Kelimeler : Periferik arter hastalığı, ağrı algısı, ağrı inançları, ağrı ile başetme
Sayfa Adedi : 109
Danışman : Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

DETERMINATION OF PAIN PERCEPTION, PAIN BELIEFS AND COPING WITH
PAIN AMONG INDIVIDUALS WITH PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE

(M. Sc. Thesis)

Tuba AKYAZ

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

February 2018

ABSTRACT

This study was conducted as descriptive to determine the pain perception, pain beliefs and coping with pain in individuals with peripheral arterial disease (PAD). The sample of the study consisted of 80 patients, who applied to the Yıldırım Beyazıt University Ankara Atatürk Training and Research Hospital Cardiovascular Surgery Polyclinic and followed-up with PAD diagnosis. Patient Information Form, McGill Melzack Pain Questionnaire (MPQ), Pain Belief Questionnaire (PBQ), and Pain Coping Scale (PCS) were used to collect data. Data were evaluated using descriptive statistics, Chi Square test, Fischer Exact test, Man Whitney U and Spearman correlation coefficient tests. The majority of the patients who participated in the study were 60 years and over (60,1%), 81,3% were male, almost all of the patients were smoking cigarettes (92,5%), and had chronic illness (92,5%) and more than half were in claudication stage (56,3%). It has been found that 52,5% of the patients had received invasive, and 28,8% had received surgical treatment, and all of the patients had pain and decrease in their walking distance. It was determined that 25% of the patients had continuous pain and 62,5% had intermittent pain. The MPQ total score was $38,61 \pm 11,42$ and PBS Organic Beliefs sub-scale and PCS Helplessness sub-scale scores were high. The statistical evaluation has shown that there is a significant correlation in positive direction ($p < 0,05$) between PBQ sub-scales, PCQ Helplessness sub-scale and MPQ total score; and a significant correlation in negative direction ($p < 0,05$) between the sub-scales of Self-Coping and Conscious Cognitive Attempts and MPQ total score. In line with the results obtained from the study, it has been determined that individuals with PAD are adversely affected in terms of biopsychosocially due to pain, are unable to cope effectively with pain and experiencing problems in their daily lives. In this context, it is recommended that education, counselling, consultation liaison services and regular follow-ups should be provided to individuals with PAD for effective pain management and coping.

Science Code : 1032.1
Key Words : Peripheral arterial disease, pain perception, pain beliefs, coping with pain
Page Number : 109
Advisor : Assoc. Prof. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde kişiliği, bilimsel görüşleri, deneyimleri, bilgi ve tecrübesiyle rehberlik eden, sabır ve anlayışla bilgisini aktaran tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevil Güler Demir'e,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgi ve görüşleri ile emeği geçen Sayın Doç.Dr. Hülya Bulut'a,

Tez çalışmamı uyguladığım Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği çalışanlarına,

Yüksek lisans eğitim sürecine birlikte başladığım, her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen arkadaşım Aylin Günay'a,

Lisans eğitimine birlikte başlayıp benzer misyon ve vizyonla mezun olduğum, hayata ve mesleğe dair beyin fırtınası yapmaktan zevk aldığım arkadaşım Arş. Gr. Nasibe Yağmur FİLİZ'e,

Hayatımın her aşamasında kişiliği, hayata bakış açısı, deneyimleri, yüce sevgisi, desteği ve anlayışı ile her zaman yanımda olan ve yol gösteren annem Şerife Akyaz'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
Problem tanımı ve önemi	1
Araştırmanın amacı	3
Araştırmanın sınırlılıkları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Periferik Arter Hastalığı	5
2.1.1. Epidemiyoloji ve prevalans	5
2.1.2. Etiyoloji	6
2.1.3. Risk faktörleri ve korunma	6
2.1.4. Belirti ve bulgular	10
2.1.5. Tanı yöntemleri	11
2.1.6. Klinik sınıflama	13
2.1.7. Tedavi yöntemleri.....	15
2.2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar	17

2.3. Periferik Arter Hastalığı ve Ağrı	18
2.3.1. Ağrı görülme sıklığı	18
2.3.2. Ağrı etiyojisi.....	19
2.3.3. Ağrı fizyopatolojisi ve ağrı türü	19
2.3.4. Ağrı algısı	20
2.3.5. Ağrı inançları.....	21
2.3.6. Ağrı ile başetme.....	21
2.4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Hemşirelik Bakımı	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Şekli.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	29
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	34
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75

6.1. Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	78
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	90
EK-1. Hasta Bilgi Formu	91
EK-2. McGill Melzack Ağrı Soru Formu	93
EK-3. Ağrı İnançları Ölçeği.....	94
EK-4. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği	95
EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı	97
EK-6. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tez Uygulama İzin Yazısı.....	99
EK-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	102
EK-8. Ek Çizelgeler.....	104
ÖZGEÇMİŞ	108

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. PAH tanı yöntemleri	12
Şekil 2.2. PAH' da ağrı oluşum mekanizması	19
Şekil 2.3. DSÖ analjezik merdiven sistemi (WHO, 1986).	23
Şekil 2.4. Periferik Arter hastalığı olan bireylerde hemşirelik bakım hedefleri	25



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Periferik Arter hastalığının sınıflaması: Fontaine Evreleri ve Rutherford kategorileri	13
Çizelge 2.2. PAH’da kullanılan ilaçlar ve etkileri	16
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikleri (N:80)	39
Çizelge 4.3. Hastaların deneyimledikleri ağrının günlük yaşamları üzerine etkileri (N:80)	40
Çizelge 4.4. Hastaların MASF’a göre ağrı ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (N:80)	41
Çizelge 4.5. Periferik arter hastalığı olan bireylerin MASF puan ortalamalarının dağılımı (N:80)	43
Çizelge 4.6. Hastaların AİÖ ve ABÖ alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı (N:80)	43
Çizelge 4.7. Ağrının bazı tanımlayıcı özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80)	44
Çizelge 4.8. AİÖ ve ABÖ puanlarının MASF alt boyut puanlarının korelasyonu (N:80)	46
Çizelge 4.9. AİÖ ve ABÖ puanlarının korelasyonu (N:80).....	47
Çizelge 4.10. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).	48
Çizelge 4.11. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).	51
Çizelge 4.12. Bazı sosyodemografik özelliklerin ABÖ ve AİÖ puanlarıyla karşılaştırılması (N:80).....	55
Çizelge 4.13. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ABÖ ve AİÖ puanlarının karşılaştırılması (N:80).....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış olan simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler Açıklamalar

kg	Kilogram
m ²	Metrekare

Kısaltmalar Açıklamalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABİ	Akut Bacak İskemisi
ABKİ	Ayak Bileği/Kol Basınç İndeksi
ABÖ (PCS)	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği (Pain Coping Scale)
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AHA	Amerikan Kalp Birliği
AIÖ (PBQ)	Ağrı İnançları Ölçeği (Pain Beliefs Questionnaire)
AIÖ-O	Ağrı İnançları Ölçeği Organik İnançlar Alt Boyutu
AIÖ-P	Ağrı İnançları Ölçeği Psikolojik İnançlar Alt Boyutu
ASA	Asetil Salisilik Asit
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CRP	C-Reaktif Protein
DM	Diabetes Mellitus
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HL	Hiperlipidemi
HT	Hipertansiyon
IASP	Uluslar Arası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
İK	İntermittent Klaudikasyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBİ	Kritik Bacak İskemisi
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MASF (MPQ)	McGill Melzack Ağrı Soru Formu (McGill Melzack Pain Questionnaire)

Kısaltmalar**Açıklamalar****MI**

Miyokard İnfarktüsü

NHANES

Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi

NSAİ

Non-Steroid Anti İnflamatuvar

PAH (PAD)

Periferik Arter Hastalığı (Peripheral Arterial Disease)

PTA

Perkütan Translüminal Anjiyoplasti

SPSS

Statistical Package For Social Sciences

TASC II

Trans-Atlantik Topluluklar Arası Konsensüs Dokümanı II



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Problem tanımı ve önemi

Periferik arter hastalığı (PAH); ateroskleroz ve endotel hasarı sonucu alt ekstremitayı besleyen ana damarlarda arteriyal darlık ve tıkanma nedeniyle görülen sistemik, ilerleyici ve kronik bir hastalıktır (Bozkurt ve diğerleri, 2008; Markil, 2009; Hüseyin ve diğerleri, 2014). Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association, AHA)'nin 2016 yılı verilerine göre, periferik arter hastalığı dünyada 202 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaşın üzerinde yaklaşık 8,5 milyon kişinin PAH'ndan etkilendiği, hastalığın 2010 yılı için yaşa standardize görülme sıklığının 100 000'de 185,6 olduğu bildirilmektedir (Go ve diğerleri, 2014). Hastalıkların Küresel Yüku araştırması (The Global of Burden Study), 2005-2015 yılları arasında nüfus yaşlanmasına paralel PAH'na bağlı morbidite ve mortalite oranının %30'un üzerinde olduğunu bildirmektedir (Vos ve diğerleri, 2016). Literatürde ayrıca, PAH görülme sıklığının dünyada yaşla birlikte artış göstermekle birlikte tahmin edilenin üstünde olduğu vurgulanmaktadır (Bozkurt ve diğerleri, 2008; Hüseyin ve diğerleri, 2014; Karabay ve diğerleri, 2012; Tekin, Baskan, Yesilkayali ve Karabay, 2011; Selvin ve Erlinger, 2004). Ülkemizde PAH prevalans çalışmaları oldukça sınırlı olmakla birlikte, aterosklerotik hastalıkların ve ateroskleroza bağlı mortalite oranındaki yükseklik nedeniyle PAH prevalansının yüksek olabileceği düşünülmektedir. Karabay ve diğerleri (2011), İzmir'de 1423 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada PAH prevalansını %19,8 olarak saptamışlardır (Karabay ve diğerleri, 2012). Bozkurt ve diğerlerinin (2010) çok merkezli yürüttükleri 'CAREFUL' olarak adlandırdıkları ulusal bir tarama çalışmasında kardiyoloji ve kalp damar polikliniği dışındaki polikliniklere başvuran 530 hasta ayak bileği/kol basınç indeksi (ABKİ) ile değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre tüm çalışma grubunda %20, 70 yaş üzeri için %30 oranında PAH saptanmıştır (Bozkurt, Tasci, Tabak, Gumus ve Kaplan, 2011).

PAH olan bireylerde alt ekstremitelerde ağrı, kramp, hipokinezi ve ilerleyen evrelerde iskemi semptomları görülmektedir (Tekin ve diğerleri, 2011). Bu semptomlar arasında hastaları en çok etkileyen ağrıdır. Ağrı, hastalığın ilk dönemlerinde egzersizle birlikte baldırlarda artan ve istirahatle hemen geçen özellikte olup, intermittent klaudikasyon (İK) (Fontaine evre II; Rutherford derece I) olarak adlandırılmaktadır. İK, hastaların %10 -30'unda görülmekte, günlük aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bozkurt, 2016;

Tendera ve diğerleri, 2012; Gorely, Humphreys, Nawaz, ve Tew, 2015). Arteriyel stenoz derecesinin artmasıyla, iskemiye bağlı ağrının özelliği de değişim göstererek istirahat halindeyken de görülmeye başlamaktadır. Etkilenen ekstremitelerde uyuşukluk, renk değişikliği, soğukluk bu dönemde görülen ve hastaların günlük yaşamını etkileyen diğer semptomlardır. İlerleyen dönemlerde ise hastalarda iskemik istirahat ağrısı, iskemik cilt lezyonları, ülser veya gangren ile karakterize olan kritik bacak iskemisi (KBİ) gözlenmektedir. KBİ olan hastalarda da en önemli yakınma ayaklarda istirahatle birlikte geçmeyen sürekli ağrıdır. Hastaların büyük çoğunluğunda ayak ağrısı katlanılamayacak kadar ciddi olup, sadece opiyoid analjeziklerle dindirilebilmektedir (Bozkurt ve diğerleri, 2008). İleri evredeki (Fontaine evre IV: Rutherford derece III), en kritik bulgu ise, ekstremitelerde ülserasyon ve gangrendir (Tendera ve diğerleri, 2012; Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, ve Yıldız, 2002). KBİ olan hastaların yaklaşık %25'ine major amputasyon yapılmaktadır. Bu dönemde mortalite oranının da yaklaşık %25 olduğu belirtilmektedir (Bozkurt ve diğerleri, 2008).

Periferik Arter Hastalığı olan bireylerin deneyimledikleri ağrı, zamanla kronik ağrı haline dönüşebilmektedir. Tedaviye rağmen geçmeyen kronik ağrısı olan hastalar zamanla ağrısız yürüme mesafesinde azalma, uyku bozukluğu, fiziksel harekette bozulma ve kontrol kaybı ile sosyal sorunlar yaşamaktadır (Egberg, Andreassen ve Mattiasson, 2012; Wann-Hansson, Hallberg, Klevsgård ve Andersson, 2005; Pedrosa ve diğerleri, 2014). Fiziksel kapasitesi azalan hastalar gün geçtikçe günlük yaşam aktiviteleri sırasında yarı bağımlı ya da bağımlı olduklarından bir başkasından destek alabilmekte ve yardımcı araç kullanabilmektedir (Egberg ve diğerleri, 2012; Wann-Hansson ve diğerleri, 2005). Egberg (2012), PAH olan bireylerle ilgili nitel araştırmasında, hastaların İK ile ilgili deneyimlerini acı, ağrılı, kramp, hoşnutsuz bir durum ve bağımsızlıkların sınırlanması olarak ifade ettiklerini belirlemiştir (Egberg ve diğerleri, 2012). Wann-Hansson (2005), PAH olan bireylerin yaşam deneyimleri ve günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiği üzerine yaptığı nitel araştırmasında, ağrı nedeniyle hastaların fiziksel kapasitelerinin azaldığını, sosyal hayatlarının kısıtlandığını, hastalık sürecini kontrol altında tutmakta zorluk yaşadıklarını, geleceğe dair belirsizlik, bağımsızlıklarını kaybetme korkusu hissettiklerini ve kendilerini çevrelerinden izole ettiklerini saptamıştır (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005). PAH olan bireylerle ilgili klinik gözlemlerimiz de ağrı nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlandığını, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadıklarını desteklemektedir.

Hastaların ağrı ile ilgili yaşadıkları sorunlar ağrı algısını ve ağrı ile ilgili inançlarını da etkilemektedir. Hastaların ağrıya yüklediği anlamı, ağrıyla ilgili öğrenilmiş yaşantılar ve kültürel geçmişleri de etkilemektedir (Sertel Berk, 2006). PAH olan bireylerde ağrı algısı ve ağrı inançları üzerine yapılan araştırmalara rastlanmamakla birlikte, klinik gözlemlerimiz hastalarda ‘*ağrının artık geçmeyeceği ve iyileşemeyecekleri*’ düşüncelerinin hâkim olduğunu, ağrıyla başetmekte zorlandıklarını, yaşam kalitelerinin önemli derecede azaldığını göstermektedir. PAH evresinin ilerlemesine paralel olarak ağrı şiddetinin ve süresinin artması, hastaların yaşamlarında ciddi bir ‘kırılma noktası’ yaşamalarına, buna bağlı olarak tedaviye uyumlarının azalmasına, etkisiz bireysel başetme yöntemlerini kullanmalarına, sigara, alkol vb. hastalığın seyrini olumsuz etkileyecek alışkanlıklara geri dönmelerine ve aile süreçlerinin olumsuz etkilenmelerine neden olmaktadır. Hastaların yaşadığı bu dönem, sağlık ekibi ve bu ekibin önemli bir üyesi olan hemşireler için yönetilmesi zor bir bakım ve tedavi süreci haline dönüşmektedir. PAH olan bireylerle uzun süre vakit geçiren ve bakım veren hemşireler, hastaların kronik ağrı ve buna bağlı yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları yakından gözlemlemekte ve bu sorunların çözümünde etkin rol oynamaktadır. Hemşireler, hastanın ağrı deneyimlerini ve ağrıyla ilgili davranışlarını saptayarak ağrıyla etkili baş etmenin, olumlu algıların ve inançların geliştirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle de çalışmamızda, PAH olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başetmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile PAH olan bireylerin ağrı deneyimlerinin çok boyutlu ve daha kapsamlı değerlendirilmesine, kronik ağrıyla daha etkili başetmelerin sağlanmasında, olumlu ağrı algısının ve inançlarının geliştirilmesinde ve hastalığa uyumun arttırılmasında olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırmada, periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın soruları

Periferik arter hastalığı olan bireylerin ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmeleri nasıldır?

Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı ile ağrı inançları arasında ilişki var mıdır?

Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı ile ağrıyla başetme arasında ilişki var mıdır?

Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı inançları ile ağrıyla başetme arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Periferik Arter Hastalığı

Periferik arter hastalığı (PAH), arteriyal sistemin tıkalı hastalığı olarak bilinmekle birlikte, “periferik damar hastalığı” olarak daha yaygın kullanılmaktadır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Sistemik aterosklerozun en belirgin göstergesi olan PAH; baş, boyun ve koroner damarları da etkilemesine rağmen, sıklıkla alt ekstremitte hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Tendera ve diğerleri, 2012; Markil, 2009).

2.1.1. Epidemiyoloji ve prevalans

PAH, ilerleyici ve sistemik ateroskleroz varlığı nedeniyle mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek ve toplumun büyük bir kısmını etkileyen bir hastalıktır. AHA'nin 2016 yılı verilerine göre, dünya genelinde 202 milyon insanın PAH'dan etkilendiği bilinmektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Batı toplumunda 50 yaş üzerindeki bireylerde semptomatik ve asemptomatik PAH görülme oranı %13 iken, 55-74 yaş aralığında semptomatik PAH oranı %5 olarak belirtilmektedir (Crawford, Welch, Andras ve Chappell, 2016). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan PARTNER çalışması 70 yaş üzeri bireyler ile 50-69 yaş aralığında ek risk faktörü (sigara, diyabet vb.) olan 6979 bireyi taramıştır. PAH tanısı için ayak bileği/kol basınç indeksi (AKİ) değerinin <0,9 olması ölçüt alındığı çalışmada, bireylerin %29'unda PAH tespit edilmiştir (Hirsch ve diğerleri, 2001). Ülkemizde ise ‘CAREFUL’ olarak isimlendirilen bir çalışmada da, aynı tanı yöntemi kullanılarak aynı yaş ve risk grubu taranmış ve PAH görülme sıklığı tüm çalışma grubunda %20, 70 yaş üzeri için %30 oranında tespit edilmiştir (Bozkurt ve diğerleri, 2011). Semptomatik ya da asemptomatik PAH sıklığının tahmin edilen değerlerin çok üstünde olduğu düşünülmekle birlikte, semptomatik PAH görülme sıklığı yaşla paralel artış göstermekte ve 60'lı yaşlarda %6'ya ulaşmaktadır (Kannel, 1996).

Literatür taramalarından elde edilen verilere göre; PAH, kardiyovasküler morbidite ve mortalite oranını önemli derecede artırmakla birlikte, düşük yaşam kalitesinin de göstergesidir (Roger ve diğerleri, 2012; Golomb, Dang ve Criqui, 2006). Fowkes ve diğerlerinin 1950-2008 yılları arasında yapılan çalışmaları tarayarak elde ettiği sonuca göre;

PAH olan bireylerde olmayanlara göre on yıllık kardiyovasküler mortalite oranı 3 - 4 kat daha fazla ve PAH varlığı tek başına kötü prognoz göstergesidir (Fowkes ve diğerleri, 2008). PAH ile koroner arter hastalığı (KAH) prevalansı neredeyse benzer olmasına rağmen, PAH'nın çoğunlukla asemptomatik ilerlemesi nedeniyle daha az tanı aldığı görülmüştür (Belch ve diğerleri, 2007; Fox, 2012; Vakili ve diğerleri, 2012). Sistemik aterosklerozun önemli bir göstergesi olan PAH'nın asemptomatik evrede tanınması ve tedaviye başlanması, PAH ile ilişkili olası morbidite ve mortaliteyi azaltarak yaşam kalitesinin daha iyi olmasını sağlayacaktır (Bah ve Bhimji, 2017; Bartholomew ve Olin, 2006).

2.1.2. Etiyoloji

PAH'nın etiyojisi ve predispozan faktörlerin anlaşılması tedavi sürecinin iyi yönetilmesi ve olası morbidite ve mortalite oranını azaltmak için oldukça önemlidir. Alt ekstremitte arteriyal problemlerinin %90'ından daha fazlasına neden olan ateroskleroz PAH'nın en önemli nedenidir (Bozkurt ve diğerleri, 2008; Bah ve Bhimji, 2017).

Ateroskleroz; lenfosit ve makrofaj infiltrasyonu, fibroblastlar, düz kas hücreleri, hücre dışı maddeler, bağ dokusu ve lipidleri değişik oranlarda içeren atherom plakları ile karakterize, arter lümeninde darlık ve tıkanmalara, arterlerin esneklik ve antitrombotik özelliklerinin bozulmasına yol açan, kronik inflamatuvar bir süreçtir. Arter lümeninin intima ve media tabakasında oluşan aterosklerotik plaklar (aterom) arteriyel lümende ilerleyici bir daralmaya, distal ekstremiteye kan akışının dolayısıyla perfüzyonun azalmasına neden olur. Aterom plakları yıllarca stabil kalabileceği gibi, stabil olmayan plaklar arter lümeninde trombüs oluşumu, emboli ya da rüptüre neden olabilir, arter lümeninde oluşan tıkanıklık sonucu dokularda iskemi ve nekroz gelişebilir. Ateroskleroz için majör risk faktörleri olarak bilinen hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, sigara, yaş, cinsiyet ve kalıtım aynı zamanda PAH risk faktörlerini de oluşturmaktadır (Hirsch ve diğerleri, 2005; Bartholomew ve Olin, 2006; Bozkurt ve diğerleri, 2008; Muir, 2009).

2.1.3. Risk faktörleri ve korunma

Ateroskleroz, arteriyal sistemin hastalığı olması nedeniyle kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların risk faktörleri ile PAH risk faktörleri çoğunlukla benzerdir (Criqui, 2001). Bu nedenle PAH olan bireylerde, KAH veya serebrovasküler hastalığı

olanlara göre kardiyovasküler iskemi, morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir (Steg ve diğerleri, 2007). Literatürden elde edilen bilgilere göre, PAH olan bireylerde beklenen 5 yıllık mortalite oranı prostat kanseri ve meme kanserinden daha kötü, kolon kanseri olanlarla benzerdir (Bozkurt, 2016; Criqui, 2001; McKenna, Wolfson ve Kuller, 1991). Bu nedenle risk faktörlerinin farkında olmak, erken tanı için bir gösterge olmakla birlikte, hastalığın tedavi sürecinin etkin yönetimi için oldukça önemlidir.

PAH için değiştirilebilir risk faktörleri; sigara, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, hiperhomosisteinemi, C-reactive protein (CRP) yüksekliği, değiştirilemeyen risk faktörleri ise yaş, cinsiyet, etnik köken ve kalıttır (Hirsch ve diğerleri, 2006; Norgren ve diğerleri, 2007; Tendera ve diğerleri, 2012; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Sigara; PAH için değiştirilebilir en büyük risk faktörüdür (Hackam, Goodman ve Anand, 2005). Sigara dumanında bulunan karbonmonoksit eritrositlerin oksijen taşıma kapasitesini düşürürken, nikotin vazokonstriksiyona neden olarak ateroskleroz sürecinin ilerlemesine neden olur (Lewis, 2001; Arain ve Cooper, 2008). Yapılan araştırmalara göre; sigara içenler PAH görülme riski açısından sigara içmeyenlere oranla 6 kat daha fazla risk altındadır (Hirsch ve diğerleri, 2006). PAH olan bireylerin %80'i halen sigara içen ya da sigarayı bırakmış kişilerden oluşmaktadır. Sigara kullanımı sadece PAH görülme riskini artırmakla kalmaz, aynı zamanda sigara içmeyen ve PAH olan bireylere göre semptomların yaklaşık 10 yıl daha erken görülmesine neden olur (Bartholomew ve Olin, 2006; Cimminiello, 2002). Sigara kullanımı ve tüketilen miktara bağlı hastalığın şiddeti, amputasyon oranı, greft tıkanıklığı ve mortalite de artışa neden olmaktadır (Bartholomew ve Olin, 2006; Norgren ve diğerleri, 2007). Bu nedenlerden dolayı PAH hastaları için sigaranın bırakılması hastalık gelişimi ve yönetiminde en önemli faktördür. Sigara ve diğer tütün formlarını kullanan tüm hastalar kesin olarak sigarayı bırakmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaların sigarayı bırakmaları için farmakoterapi (vareniklin, bupropiyon ve/veya nikotin replasman tedavisi) veya sigarayı bırakma programları hazırlayarak uygun yönlendirme yapılmalıdır. Hastalar işyerinde, evde ve halka açık yerlerde tütün dumanına maruz kalmaktan kaçınılmalıdır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Hipertansiyon (HT); Hipertansiyon sistemik ateroskleroz ve kardiyovasküler morbidite ile ilişkilidir. Yapılan araştırmalara göre; hipertansiyonun, PAH riskini erkeklerde iki buçuk, kadınlarda dört kat artırdığı, klaudikasyon riskini iki veya üç katına çıkardığı gösterilmiştir

(Hirsch, 2005; Bartholomew ve Olin, 2006; Smith, 2012). Hipertansiyon ve PAH'lı hastalarda miyokard infarktüsü (MI), felç, kalp yetmezliği ve kardiyovasküler ölüm riskini azaltmak için antihipertansif tedavi uygulanmalıdır. Tüm hastalarda hedef $<140/90$ mmHg olacak şekilde tedavi etkinliği sağlanmalıdır. PAH'ında kardiyovasküler iskemik olayların riskini azaltmak için anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya beta blokerler ile tedavi etkinliği sağlanmalıdır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Diabetes Mellitus (DM); Diyabetin kardiyovasküler olay riskini arttırdığı, revaskülarizasyon sonrası damar açık kalma oranını düşürdüğü ve PAH'na ilişkin komplikasyonların erken oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir (Sing ve diğerleri, 2014). Tıp tarihinde en uzun süren ve birkaç nesli kapsayan Framingham Kalp Çalışması'nda diyabetin PAH riskini 1,5 ila 4 kat artırdığı, semptomatik PAH'ı olanların aynı zamanda diyabetik olduğu ve PAH olanların %26'sında diyabet olduğunu bildirilmektedir (Temel ve Basi, 2007; Bartholomew ve Olin, 2006; Su ve diğerleri, 2008). Literatürden edinilen bilgilere göre; diyabet ve PAH olanlarda nöropati, yara iyileşmesinde gecikme, iskemik ülserasyon ve kangren gelişme riski daha yüksektir. Diyabetik nöropati; PAH semptomlarını maskeleyiği için diyabet hastalarında genellikle PAH semptomları görülmez ve bu durum diyabetik olmayan hastalara göre PAH'nın daha hızlı ve şiddetli ilerlemesine yol açabilir. Diyabetik olmayan hastalarla karşılaştırıldığında endotel hücre işlev bozuklukları ve vasküler inflamasyon da artmıştır (Bartholomew ve Olin, 2006; Su ve diğerleri, 2008). Tüm bu nedenler, diyabetik hastalar için daha yüksek bir amputasyon oranına neden olup, oluşan kangrenöz lezyonların %50'sinden fazlasının amputasyona yol açtığı, majör amputasyon sonrası beklenen mortalite oranının 2 yıl için %50 olduğu bilinmektedir (Smith, 2012; Hinchliffe ve diğerleri, 2012; Inzucchi ve diğerleri, 2012). Diyabetik hasta ölümlerinin neredeyse %75'ini arter hastalığı oluşturmaktadır (Lewis, 2001). Agresif diyabetli hastaların tedavisi ve makrovasküler komplikasyonları önlemek için diyet, egzersiz ve ilaç ile $HbA1c < 7$ mg/dL'ye ulaşılmalıdır. Diyabetik PAH olanlar için diyabet yönetimi sağlık ekibinin üyeleri arasında koordine edilmelidir. Glisemik kontrolün sağlanması, kritik bacak iskemi (KBİ) hastaları için ekstremiteler ile ilişkili sorunların azaltılmasında oldukça önemlidir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Lewis, 2001; Selvin ve diğerleri, 2004).

Hiperlipidemi (HL); Hiperkolesterolemi ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düşüklüğü ile karakterize olup, ateroskleroz sürecinde primer rol alır ve PAH olan bireylerde klaudikasyon riskini iki kat daha artırmaktadır (Steinberg, 2002; Madia, 2012; Muir, 2009).

Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (NHANES) raporunda PAH'lı bireylerin %60'ında hiperlipidemi olduğu bildirilmektedir (Muir, 2009). Total kolesterolün her 10 mg/dL'lik artışı PAH geliştirme riskini %10 arttırmaktadır. PAH'lı hastalarda, HDL ve apolipoprotein A-1'in koruyucu etkileri olmasına rağmen, düşük HDL ve yüksek trigliserid kombinasyonu görülmektedir (Bartholomew ve Olin, 2006; Muir, 2009). Kilo verme, egzersiz yapma, azaltılmış doymuş yağ oranı, yüksek lif içerikli diyet düzenlemeleri ve sigaranın bırakılması ile kan lipid parametrelerinin düzeltilmesi hedeflenmektedir. Yaşam değişiklikleri ile total kolesterolün düşürülmesi etkin olmadığı durumlarda Amerikan Kalp Birliği (AHA) ve Trans-Atlantik Topluluklar Arası Konsensüs Dokümanı II (TASC II) kılavuzları statin kullanımı ile düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) değerinin hedeflenen oranlarda olacak şekilde düşürülmesini ve lipid kontrolünün sağlanmasını önermektedir. Bu kılavuzlara göre semptomatik hastalar için hedeflenen LDL<100 mg/dL iken, yüksek riskli semptomatik hastalar için LDL <70 mg/dL olarak belirtilmiştir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Bozkurt, 2016).

Literatürden edinilen bilgilere göre; C-reaktif protein (CRP) ve homosistein yükselmesi de arteriyel lümende inflamasyona neden olarak ateroskleroza şiddetlendirmektedir. NHANES raporunda, artmış CRP'nin PAH ile ilişkili olduğunu bildirirken, Wildman ve diğerleri, CRP yüksekliğinin veya artmış lökosit sayısının PAH gelişme riskini iki kat yükselttiğini belirtmiştir (Chen ve diğerleri, 2000; Bartholomew ve Olin, 2006; Muir, 2009).

Yaş; PAH prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Nüfustaki yaşlı sayısı arttıkça PAH prevalansı da giderek artış göstermektedir (Kannel, 1996). Toplumda >65 yaş ve üzeri bireyler, 50-64 yaş aralığında ve ateroskleroza risk faktörlerine sahip olan ya da aile öyküsünde PAH olan bireyler ile <50 yaş olup, diyabet ya da ateroskleroz risk faktörlerinden birine sahip olan bireyler PAH için yüksek risk taşımaktadır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Cinsiyet; Semptomatik PAH prevalansı kadınlara göre erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen yaşların eşitlenmesi ve menopoza birlikte östrojen hormonunun geri çekilmesine paralel olarak her iki cinsiyet için PAH prevalansı benzer oranda görülmektedir (Bartholomew ve Olin, 2006, Hirsch ve diğerleri, 2012). Higgins ve Higgins'in yaptığı bir çalışmaya göre, 45 yaş ile 93 yaş arasındaki kadınlarda PAH prevalansı, 50 yıllık aralık boyunca %3 ila %29 arasında değişmektedir (Higgins ve Higgins, 2003). AHA 2012'de

bir bildiri yayınlarak kadın cinsiyeti için daha az araştırma yapıldığını, risk altındaki kadınların hastalık açısından taranmalarını ve gerekli eğitimlerin yapılmasını önermektedir (Hirsch ve diğerleri, 2012).

Kalıtım ve etnik köken; Lamina ve diğerleri'nin (2014) yaptığı çalışmaya göre aile öyküsünde risk faktörleri bulunan ya da PAH olan bireylerde hastalık prevalansı %93 oranında artmaktadır (Lamina ve diğerleri, 2014). PAH için henüz büyük bir gen tespit edilmemiştir (Bartholomew ve Olin, 2006). Collins ve diğerleri'nin (2003) yaptığı bir çalışmaya göre; PAH, beyazlarda %13,2 ve İspanyollarda %13,7 iken Afrikalı Amerikalılar arasında %23,8'dir (Collins ve diğerleri, 2003). Cinsiyet ve ırkın değişken alındığı bir çalışmada ise PAH prevalansı Kadın cinsiyeti için Hispaniklerde en düşük, Afrikalı Amerikalılarda en yüksek bulunurken, erkek cinsiyet için PAH prevalansı Çinliler arasında en düşük ve Afrikalı Amerikalılar arasında en yüksek bulunmuştur (McDermott ve diğerleri, 2005).

2.1.4. Belirti ve bulgular

PAH'ın en belirgin özelliği bacaklarda ağrı, kramp ve hipokinezidir (Singh, 2006; Carman ve Fernandez, 2000; O'Donnell ve diğerleri, 2011). Hastaların %50'sinin asemptomatik olması nedeniyle semptom görülmezken %20-40'ında atipik bacak ağrısı görülür. PAH'da; arteriyel damarlarda darlık ve tıkanma nedeniyle egzersiz ya da belirli bir yürüme mesafesinde ekstremiteye olan kan akımı azalır. Kasların ihtiyacı olan metabolik ve oksijen gereksinimi yeterince sağlanamaz anaerobik ortamda oluşan laktik asit ve metabolitler ağrı oluşumuna neden olur. İstirahat ile geçip egzersiz ile artan ağrı aralıklı/intermittant klaudikasyon (İK) olarak tanımlanır ve PAH'ın en erken ve en sık görülen bulgusu olup hastaların %10-30'unda görülür. Ağrı semptomu genellikle baldır bölgesinde hissedilmekle birlikte lezyonun bulunduğu bölgeye bağlı olarak kalça, uyluk ve ayaklarda da hissedilmektedir (O'Donnell ve diğerleri, 2011; Conte ve diğerleri, 2015; Olin ve diğerleri, 2016; Bozkurt, 2016). Hastalığın ilerlemesi ile istirahat halinde dahi arteriyel kan akımının yetersiz olmasına bağlı dokuların yetersiz beslenmesi kronik iskemik istirahati ağrısı, ülserasyon, iskemik cilt lezyonları ve gangren oluşumuna neden olur. Literatürde, kritik bacak iskemisi (KBİ) olarak bilinen bu durumun hastaların yaklaşık %21'inde görüldüğü ve KBİ gelişen hastaların %4-27'sine amputasyon uygulandığı bildirilmektedir (Singh, 2006;

Carman ve Fernandez, 2000; O'Donnell ve diğlerleri, 2011; Bozkurt, 2016; Döşlüoğlu, 2014; Sigvant ve diğlerleri, 2016; Armstrong ve diğlerleri, 1998).

PAH nedeniyle etkilenen ekstremitelerde gözlemlenen 6 P bulgusu;

- Ağrı,
- Arteryal renk değışikliğı (solgunluk)
- Parastezi
- Periferik nabızlarda azalma veya yokluk
- Bacakta soğukluk
- Paralezi'dir (Tendera ve diğlerleri, 2012; Mitchell ve diğlerleri, 2014; Gerhard-Herman ve diğlerleri, 2017).

2.1.5. Tanı yöntemleri

PAH önemli bir sağık sorunu olmasına rağmen çoğunlukla yavaş ve asemptomatik seyretmesi nedeniyle klinik olarak geç belirti vermekte ve bu nedenle tanı alma ve tedavi süreci gecikmektedir (Cimminiello ve diğlerleri, 2010; Hirsch ve diğlerleri, 2007; Hiatt, 2008). Hastalığın erken tanılanması hastalık sürecini ve prognozu olumlu etkilemektedir. PAH tanı yöntemleri Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. PAH tanı yöntemleri

Ayak Bileği-Kol Basıncı İndeksi (ABKİ); PAH riski bulunan tüm hastalar için altın standart haline gelmiştir. Egzersiz esnasında bacak semptomu olanlar, 50-65 yaş aralığı ve bir kardiyovasküler hastalık riski bulunanlar ile 65 yaş üzeri tüm hastalar için, ABKİ ölçülmelidir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Alt ekstremiteler için dorsalis pedis ve tibialis posterior arterlerin ölçümlerden yüksek olanı, üst ekstremitelerden yüksek olan brakial arter sistolik değerine bölünerek ABKİ değerleri hesaplanır. ABKİ 0.9'a eş veya altında ise PAH varlığını göstermektedir (duyarlılık %95, özgüllük %99) (McDermott ve diğerleri, 2002). ABKİ; asemptomatik hastaların tanı alması, PAH tanısının doğrulanması ve prognoz hakkında doğru bilgiler verir. ABKİ değeri düştükçe PAH'dan etkilenme şiddeti de artmaktadır.

ABKİ sonuçları;

- ABKİ <0.40; KBİ'ni
- ABKİ ≤0.90; PAH'nı,
- ABKİ 0.91-0.99; hastalar için sınır çizgisini,
- ABKİ 1.00-1.40; PAH olmayan bireyleri,

- ABKİ> 1.40 sıkıştırılmaz/kalsifiye olan arterler nedeniyle sonucun belirsizliğini göstermektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Tendera ve diğerleri, 2012; Bozkurt, 2016).

2.1.6. Klinik sınıflama

PAH hastalık süreci ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesi için klinik sınıflama önem arz etmektedir. Periferik Arter Hastalıklarının Tedavisi için Trans-Atlantik Topluluklar Arası Konsensüs Dokümanı (TASC II) uluslararası konsensüs belgesine göre iki sınıflandırma sistemi; Fontaine ve Rutherford'dur (Norgren ve diğerleri, 2007) (Çizelge 2.1).

Fontaine Sınıflandırması her evre için genel bir semptom fikri verirken Rutherford Kategorileri ABKİ ölçümlerini temel alarak 7 farklı kategori ile incelediği için daha spesifiktir (Norgren ve diğerleri, 2007).

Çizelge 2.1. Periferik Arter hastalığının sınıflaması: Fontaine Evreleri ve Rutherford kategorileri

Fontaine		Rutherford		
Evre	Klinik	Evre	Kategori	Klinik
I	Asemptomatik	0	0	Asemptomatik
IIa	Hafif Klaudikasyon	I	1	Hafif Klaudikasyon
IIb	Orta-Ciddi Klaudikasyon	I	2	Orta Klaudikasyon
III	İstirahat Ağrısı	I	3	Ciddi Klaudikasyon
IV	Ülserasyon veya Gangren	II	4	İskemik İstirahat Ağrısı
		III	5	Minor Doku Kaybı
		IV	6	Major Doku Kaybı

(Norgren ve diğerleri, 2007).

Asemptomatik evre; Bacak semptomları henüz ortaya çıkmamıştır. Bu evre de hastaların yakınması olmadığı için (olguların %50'si) tanılanması oldukça güçtür. Semptom yokluğu hastalığın ilerlemediği anlamına gelmemektedir, bazı hastalar KBİ ile ilk tanılarını almaktadır (McDermott ve diğerleri, 2004; Bozkurt, 2016). Bazen de ileri yaş ile fonksiyonel kapasitenin azalması ve yürürken ağrı oluşması doğal bir süreç kabul edilebilir ve tanı almayı

geciktirip hastalık ekstremitte canlılığı tehdit edici düzeye ulaşabilir (Treat-Jacobson ve diğerleri, 2002). Bu nedenle risk grubunda olan hastalar dikkatli bir şekilde taranmalıdır (McDermott ve diğerleri, 2004).

Aralıklı/Intermittant klaudikasyon (İK); PAH 'ın klasik semptomudur, olguların %10-30'unda görülmektedir. Egzersiz ya da yürüme mesafesinin belli bir aşamasında arteriyel tıkanıklığın distalinde dokuların metabolik ihtiyacı ve oksijenin yeterince sağlanamaması nedeniyle iskemik ağrı, kramp ve huzursuzluk gelişir. Hasta yürümeye devam ettiğinde ağrı gittikçe şiddetlenirken dinlenmeye başlamasıyla ağrı (10 dakika içinde) hızla kaybolmaktadır. Ağrı yerleşimi çoğunlukla baldır bölgesinde olmakla birlikte lezyonun yerleşim yeri nedeniyle kalça, uyluk ve ayak tabanında da hissedilmektedir (Aronow, 2007; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Akut bacak iskemisi (ABİ); Temel nedeni olan emboli ve trombozun, ekstremitedeki canlılığı tehdit edecek düzeyde bacak perfuzyonunda ani azalma oluşturması ile tanımlanmaktadır. Hastaların etkilenen ekstremitesinde 6P bulgusu görülür. Ani gelişen lokal iskeminin yanında sistemik komplikasyonlara da yol açan bir patoloji olup, damar hastalıkları ile ilgili hastaneye başvuruların %5-7'sini oluşturmaktadır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Bozkurt, 2016).

Kronik kritik bacak iskemisi (KBİ); İstirahat halinde dahi arteriyel akımın kronik yetersizliğine bağlı iskemik istirahat ağrısı, iskemik cilt lezyonları, ülserasyon ve gangren gelişen hastalar ile karakterizedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; White ve diğerleri, 2007). KBİ'de ağrı katlanılamayacak kadar ciddi olup ayak bölgesinde yerleşim göstermekte ve ancak opiyatlara yanıt vermektedir (Armstrong ve Lavery, 1998; Norgren ve diğerleri, 2007). Tedavi edilmediği takdirde KBİ altı ay içinde alt ekstremitenin amputasyonuna neden olur (Hirsch ve diğerleri, 2005). KBİ tanısı yaşamı ve ekstremitenin canlılığını ciddi derecede tehdit etmektedir (Armstrong ve Lavery, 1998; Sigvant ve diğerleri, 2016; Döşlüoğlu, 2014).

2.1.7. Tedavi yöntemleri

PAH tedavisinde temel amaç klinik semptomların kontrol altına alınması/iyileştirilmesi ve kardiyovasküler olaylardan korunmanın sağlanması ile yaşam kalitesinin artırılması ve mortalite oranının azaltılmasıdır. Tedavi yöntemi hastalığın evresine, görülen semptomlara, hastalık sürecinden mevcut etkilenme durumuna göre her hasta için değişiklik göstermektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Medikal tedavi

AHA; PAH tanısı alan tüm hastalarda sağlıklı diyet programını, beden kitle indeksinin (BKİ) 25 kg/m^2 'den daha az olması için kilo kontrolünün sağlanmasını ve egzersiz programlarını içeren terapötik yaşam tarzı değişiklikleri ile kardiyovasküler riskin azaltılmasını önermektedir. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması; sigaranın bırakılması, hipertansiyonun kontrol altına alınması, yüksek lipid düzeyinin düşürülmesi, diyabetik hastalarda etkin glisemik kontrolün sağlanması ve antiagregan tedaviyi içermektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Egzersiz programı; Kontrollü egzersiz programları hastalarda arteriyal yatakta kolleteral gelişimini sağlayarak perfüzyonu artırır ve ağrının azalmasına yardımcı olur. AHA; en az 12 hafta (24-34), en az 3 kez/hafta ve her periyot da en az 30-45 dakika olacak şekilde İK'lu hastalar için egzersiz programları önermektedir. Yürüyüş temposu kademeli olarak artırılmalıdır (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Aronow, 2007). CLEVER çalışmasında en iyi ilaç tedavisi, kontrollü egzersiz programı ve en iyi ilaç tedavisi ile iliak stent ve en iyi ilaç tedavisi yöntemlerini karşılaştırmıştır. Çalışma sonunda 6. ayda ağrısız yürüme mesafesi kontrollü egzersiz program grubunda en iyi sonuç olmuştur (Murphy ve diğerleri, 2015).

PAH'da kardiyovasküler risk faktörleri ve semptomların tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlar Çizelge 2.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.2. PAH’da kullanılan ilaçlar ve etkileri

İlaçlar	Etkileri	Kaynaklar
Statin	Hiperlipidemi tedavisinde LDL düzeyini düşürerek major vasküler olaylarda azalma sağlar ve sağkalım oranını artırmaktadır.	Schanzer ve diğerleri, 2008; Samson, R. H., 2008; Rooke ve diğerleri 2011.
Vazodilatörler (ACE inhibitörleri, β Blokerler)	Asemptomatik PAH’da hipertansiyonun kontrolü ve kardiyovasküler riski azaltmaktadır.	Lane ve Lip, 2009.
Antiagreganlar (ASA ve Klopidoğrel)	Kardiyovasküler olayları ve mortalite riskini azaltır. Hastalığın evresi ve şiddetine göre kombine ya da ayrı ayrı kullanılabilir.	Rooke ve diğerleri 2011; Bozkurt ve diğerleri, 2008.
Silostazol	Yürüme mesafesi ve yaşam kalitesinde etkin iyileşme sağlayarak İK ‘da en faydalı ilaçtır. Revaskülarizasyon sonrası tekrar daralma riskini azaltmaktadır.	Regensteiner ve diğerleri, 2002; Benjo ve diğerleri, 2014.
Pentoksifilin	Kan viskozitesini azaltarak perfüzyonu iyileştirildiği ve yürüme mesafesinde orta dereceli artma sağlamasına rağmen genel klinik faydaları tartışmalıdır. AHA; İK tedavisinde kullanımını önermemektedir.	Girolami ve diğerleri, 1999; Hood ve diğerleri, 1996; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017.

İnvaziv tedavi

İnvaziv tedavi yaşam tarzı değişikliği, ilaç ve egzersiz tedavisi ile hastalık süreci kontrol altına alınamayan ve hastanın yaşamını kısıtlayan durumlarda uygulanmaktadır. Perkütan translüminal anjiyoplasti (PTA, balon/stent), stent-greftler ve plak temizle işlemlerini içermektedir (Norgren ve diğerleri, 2007; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Cerrahi tedavi

İnvaziv tedavi, yaşam tarzı değişikliği, ilaç ve egzersiz tedavisinin yetersiz kaldığı durumlar ve istirahat ağrısı, ülser, enfeksiyon ya da kangren ile ekstremiteler canlılığını tehdit eden durumlarda bypass ameliyatı, endarterektomi ya da amputasyon ile tedavi sağlanmaktadır (Norgren ve diğerleri, 2007; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

2.2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar

- *Ağrı*; PAH' da en temel sorundur. Hareket bozukluğu, kontrol kaybı ve bağımsızlığın kaybedilmesiyle birlikte hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını olumsuz etkilemekte, psikolojik sorunların gelişmesine neden olmaktadır (Gibson ve Kenrick, 1998; Treat-Jacobson ve diğerleri, 2002; Smolderen ve diğerleri, 2009).
- *Yürüme mesafesinde kısılma*; Ağrı nedeniyle yürüme yeteneğinde azalma ile hareket kısıtlılığının gelişmesi günlük yaşamını önemli düzeyde kısıtlar ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (Johnstone, 2003; Gibson ve Kenrick, 1998). Fonksiyonel kapasitenin azalması ile hastalar aile ya da arkadaşlarının yardımına ihtiyaç duymakta ve bu durum başkalarına yük olma duygusuna neden olmaktadır (Treat-Jacobson ve diğerleri, 2002; Wann-Hansson ve diğerleri, 2005). Ayrıca hastalar yürürken baston gibi yardımcı araçlara ihtiyaç duyabilmektedir ve bu durum onlar için utanç vericidir (Johnstone, 2003;).
- *Hastalık süreci ve yönetimine dair belirsizlik*; Hastalar PAH ile ilgili hastalık sürecini, risk faktörlerinin nasıl etki ettiğini ve nasıl kontrol altına alınabileceği, yaşam tarzı değişikliği ve egzersizin nasıl olması gerektiği ve tüm bunları yaşamlarına nasıl uygulayacakları konusunda belirsizlik yaşadıklarını, yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Gorely ve diğerleri, 2015).
- *Çalışma yaşamına devam edememe*; Hastalar ağrı deneyimleri ve hareket kısıtlılığı nedeniyle yaşadıkları sorunlardan dolayı işten çıkarılma hissi yaşamakta ve bazıları da fonksiyonel kapasitede azalma nedeniyle yarı zamanlı çalışmakta ya da işlerine devam edememektedir (Gorely ve diğerleri, 2015; Egberg ve diğerleri, 2012).
- *Yorgunluk ve güçsüzlük*; Ağrı nedeniyle hastalarda hastalıktan etkilenme düzeyine paralel olarak çeşitli derecelerde uyku bozuklukları yaşamaktadır. Hastaların ağrı nedeniyle uyku bölünmesi, dayanılamayacak yoğunlukta ağrı deneyimi ve ağrıyı azaltmak için gece boyunca ayaklar aşağı sarkacak şekilde oturmak zorunda kalmaları enerji kaybı ve yorgunluğa neden olmaktadır. Enerji kaybı nedeniyle günlük faaliyetleri yerine getirmekte güçlük çekmekte ve kendilerini yararsız hissetmektedirler (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Gibson ve Kenrick, 1998).
- *Empati ve destek eksiliği*; Hastalar hastalık ve tedavi sürecinde kendi başlarına bırakıldığını, sağlık profesyonelleri tarafından yeterince desteklenmediklerini ve empati yapamadıklarını belirtmişlerdir (Gorely ve diğerleri, 2015).

- *Sosyal izolasyon*; İskemi şiddeti, hastaların dışarıda hareket etme özgürlüğünü sınırlamaktadır. Hareketliliğin giderek kısıtlanması hastaların tiyatro, parti eğlenceleri, arkadaş ziyaretleri ya da bir restorana gitmek gibi sosyal faaliyetlere katılmasını engellemektedir. Sosyal yaşamda sınırlanma, yalnız kalma, yalnızlık duygusu geliştirmeye birlikte istek ve ilgi kaybına neden olmaktadır. Tüm bu psikolojik faktörler hastaların istemsiz olarak kendilerini izole etmelerine neden olmaktadır (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005).
- *Psikolojik sorunlar*; Hastaların yaşadıkları ağrı ve acı, aile ya da arkadaşlar tarafından farkedilmeyebilir. Bu durum onları rahatsız ederek ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastaların aile rolü, başkalarına yardım etmesini sağlayan bir otorite olmaktan çıkıp yardıma ihtiyaç duyan kişi olması, faydasızlık ve umutsuzluk duygusuna neden olmaktadır. Ayrıca hastalar, hastalığın geleceği ve muhtemel sonucu hakkında belirsizlik ve korku hissetmektedir. Tüm yaşananlar hastalarda öfke duygusuna ve depresyona zemin hazırlamaktadır (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Smolderen ve diğerleri, 2009).

2.3. Periferik Arter Hastalığı ve Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain; IASP) tarafından 1979 yılında ağrı; “vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan, bir doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişteki deneyimlerini de kapsayan hoş olmayan emosyonel ve sensoryal bir duyu” olarak tanımlamıştır (IASP, 1979). PAH’da klinik olarak farkedilen ilk semptom ağrıdır. Deneyimledikleri ağrının özelliği nedeniyle hastaların çevresel, fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonlarının olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitesinin düştüğü bilinmektedir (Pedrosa ve diğerleri, 2011).

2.3.1. Ağrı görülme sıklığı

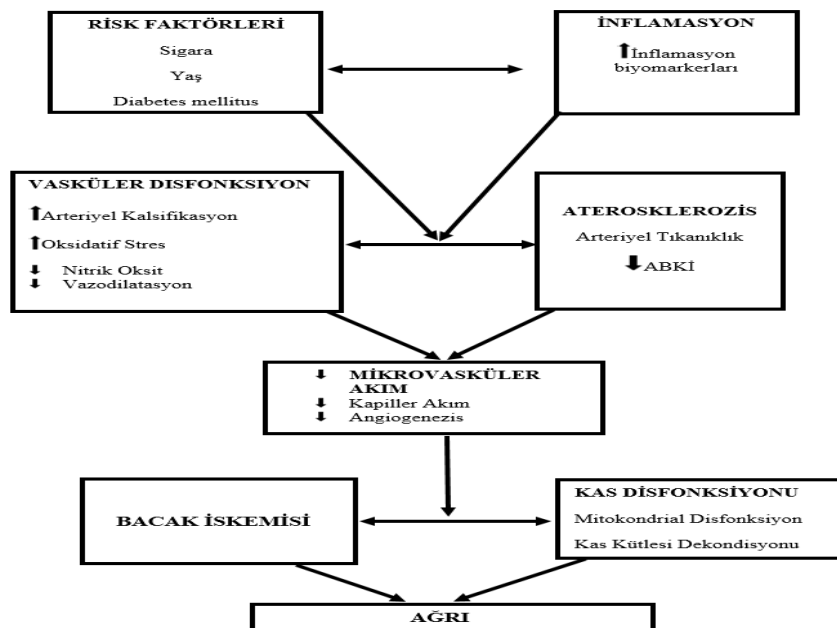
PAH’ da ağrı İK ve KBİ de deneyimlenmektedir. İK hastaların %10-30’unda görülmektedir. İK olan hastaların %21 ‘inde KBİ kliniğine ilerleme görülmektedir. KBİ, hastaların ağrısı en yoğun yaşadıkları mortalite ve amputasyon riskinin yüksek olduğu hastalık sürecidir (White ve diğerleri, 2007; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

2.3.2. Ağrı etiyojijisi

PAH kronik nitelikte olup arteriyel sistemin tıkanıcı hastalığı olarak bilinmektedir. Arter lümenindeki darlık ya da tıkanmalar sonucu gelişen iskemi hastaların ağrı yaşamasına neden olmaktadır (Norgren ve diğjerleri, 2007; Pedrosa ve diğjerleri, 2011).

2.3.3. Ağrı fizyopatolojisi ve ağrı türü

PAH'nın en önemli risk faktörleri sigara, yaş ve diyabetes mellitustur. Ateroskleroz oluşum mekanizmasında da yer alan risk faktörleri ve inflamasyon biyomarkerlarının yüksekliği ateroskleroz sürecini tetikleyerek arteriyel kalsifikasyona neden olur. Arteriyel lümende tıkanıklık gelişimine paralel oksidatif stres artar, nitrik oksit azalır ve vazodilatasyon özelliği kaybolmaya başlar. Vasküler disfonksiyon ve arteriyel tıkanıklıkla birlikte kapiller akım azalır, doku gereksinimleri karşılanamaz, angiogenesis süreci bozulur ve bacak iskemisi gelişir. Tüm bu süreç sonucunda gelişen iskemik durum bacaklarda ağrı oluşumuna neden olmaktadır. Aynı zamanda iskemi ile birlikte mitokondrial disfonksiyon, zaman içerisinde kas kütesinin dekondisyonuna neden olmaktadır. Bu durum yürüme mesafesinde azalma ile yakından ilişkilidir (Hamburg ve Creager, 2017). PAH'da ağrı oluşum mekanizması Şekil 2.2'de şematize edilmiştir.



Şekil 2.2. PAH'da ağrı oluşum mekanizması

(Norgren ve diğjerleri, 2007; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğjerleri, 2017; Hamburg ve Creager, 2017).

Ağrı çok boyutlu ve öznel bir kavramdır. PAH’da deneyimlenen ağrı; süresine göre kronik, oluşum mekanizmasına göre nöroseptif, nedenine göre iskemik özellik göstermektedir. İskemik ağrı, dokulara ya da nöropatik süreçlere doğrudan hasar vermek yerine, kan akışının azalması ya da tamamen kesilmesi ile ilişkili ağrının ayrı bir türüdür. İskemik ağrı yönetimi genellikle zordur ve iskemik dokuların reperfüzyonuna yönelik akut müdahale gerektirir (Romero, Souzalnitski ve Banack, 2011).

Hastalar ağrıyı yalnızca ABİ ve cerrahi girişim sonrası akut olarak deneyimleyebilmektedir. Akut ağrı deneyimi olan hastalarda uygun müdahale ve postop iyileşme süreci sonunda ağrı ortadan kalkmaktadır. Ağrı ile karakterize olan İK’da ağrı egzersizle başlayıp dinlenmeye geçildiği zaman hızla azalmakta ve 10 dakika içinde tamamen kaybolmaktadır. Ağrı şiddetini arteriyel tıkanıklığın ciddiyetine göre her hasta farklı deneyimlemektedir. Tanı almamış diyabetik hastalarda nöropatik ağrı nedeniyle PAH maskelenir ve hastalık hızla ilerleyip, ülser yada gangren oluşumu ile farkedilebilmektedir. Kritik bacak iskemisinde arteriyel kan akımının kronik yetersizliği nedeniyle kronik iskemik istirahatı ağrısı, ülserasyon, gangren ve cilt sorunları yaşanır. Hastaların bu evredeki ağrı deneyimleri katlanamayacak derecede yoğundur. Ağrı hastalığın evresine, lezyonun yerleşim bölgesine ve büyüklüğüne, hastanın mevcut ek hastalıkları ile arteriyel sistemde kolleteral gelişme düzeyine, yaş, cinsiyet ve etnik kökene göre her hasta için farklı deneyimlenebilmektedir (Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Aronow, 2007; Schorr ve Treat-Jacobson, 2013).

2.3.4. Ağrı algısı

Lindsay ve Norman 1977’de yılında algıyı “bireyin duyumları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi” olarak tanımlamıştır (Lindsay ve Norman, 2013). Algı, aynı zamanda hastalığın birey tarafından nasıl anlaşıldığını ifade etmektedir. Mc Caffery ağrıyı “Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımda ağrının subjektif bir veri olduğu, ağrıya yüklenen anlamın bireyden bireye değişebileceği ve ağrı yönetiminde güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastaya inanılması gerektiği söylenmektedir (Eti Aslan, 2011). Ağrıyı bilişsel-davranışçı model kapsamında inceleyen çalışmalarda hastanın ağrıyı yorumlamasının ve ağrıya yüklenen anlamın üzerinde durulmakta; bireysel özellikler ile

belirlenen bilişsel süreçlerin ağrı algısında etkili olduğu düşünülmektedir (Sertel Berk, 2006; Sharp 2001).

2.3.5. Ağrı inançları

İnançlar, kaynağını sosyal psikolojiden alan ve kognitif bakış açısında kişinin taşıdığı olduğu düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilen kavramlardır. Ellis'e göre ağrı inançları bilişler, düşünceler, tutumlar ve duygulardan etkilenebilmektedir (Ellis, 1997; Sharp, 2001). Ağrı inançları, "hastaların ağrının ne olduğunu ve ağrının onlar için ne anlama geldiğini kavramsallaştırması" olarak tanımlanır (Williams ve Thorn, 1989).

2.3.6. Ağrı ile başetme

Ağrıyla başetme yöntemleri arasında olan bilişsel davranışçı terapi; ağrı ile baş etme stratejileri, dikkat dağıtma teknikleri, stresle baş etme stratejileri, hastaların ağrılarını kontrol etmelerine yarayacak içsel kontrol odakları yaratmalarını amaçlamaktadır (Ellis, 1997; Sharp, 2001).

2.3.7. Ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başetmeyi etkileyen faktörler

Hastalık sürecindeki yaşantılar; hastalıkla ilgili algılar, daha önceki deneyimler, hastalıkla başetmede kullanılan yöntemler, kişilik özellikleri, kültür gibi etkenler ile deneyimlenen bedensel ya da semptomatik bilgilerin bütünü tarafından oluşmaktadır (Diefenbach ve Leventhal 1996). Ağrının kontrol altına alınabilmesi için ağrıya yüklenen anlam, ağrı inançları ve bireylerin ağrıya karşı kullandıkları baş etme mekanizmalarının bilinmesi ve ağrıya yönelik bilgilerin sağlık bakım hizmetlerinde kullanılması önemlidir (Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

Ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrıyla başetmeyi etkileyen faktörler aşağıda yer almaktadır:

Yaş

Yaşlanma süreciyle birlikte ağrı deneyimi de farklılıklar göstermektedir. Yaşlı bireyler gençlere kıyasla daha fazla ağrı yaşantısına sahip olmalarına rağmen daha az ağrı bildiriminde bulunmaktadırlar. Ağrının yaşlılıktan kaynaklandığı düşüncesi ve ağrıyı ifade ederlerse kötü hasta olarak algılanacağı düşüncesi yaşlıların ağrı bildirimini azaltmaktadır

(Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan, 2013). Bu durum ağrının gerçek nedeninin bulunmasına ve uygun tedavi ile ağrı kontrolünün engellenmesine neden olmaktadır.

Cinsiyet

Ağrı algısı ve ifade edilişi, ağrı ilaçları ve ağrıyla başatme yöntemleri cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar; kadınların ağrı yaşantılarını erkeklere göre daha kolay ifade etmeleri, fizyolojik, sosyolojik, yaşam tarzı, tekrarlı deneyimler gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Şahin, 2004; Miller ve Newton, 2006).

Etnik köken ve kültürel farklılıklar

Ağrıya yüklenen anlam, ağrı toleransı ve başatme yöntemleri etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Bazı kültürlerde ağrı bir statü kaynağı olarak görülürken, bazı kültürler ceza olarak değerlendirmektedir. Yapılan çalışmalarda, bireylerde ağrıya yönelik yüz mimiklerinin farklı olduğu, ağrıyla baş etmede tıbbi yardım arama ya da ağrıyı saklamak gibi farklı uygulamaların bulunduğu ve ağrıya verilen tepkiler benzerlik gösterse bile bu tepkilerin farklı kültürlerde farklı anlamlar taşıdığı gösterilmiştir (Helman, 2007; Edwards, Doleys, Fillingim ve Lowery, 2001).

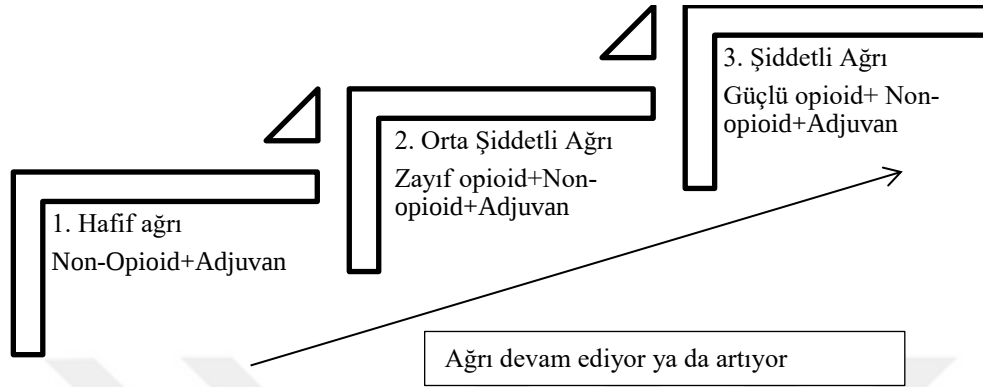
Sosyal ve psikolojik etkenler

Birey ve çevresinin ağrıyı algılama ve yorumlama biçimi de ağrı yaşantısını etkilemektedir. Ailesinde kronik ağrısı olan bireylerin varlığı ağrı davranışının öğrenilmesine neden olmakta, geçmiş ağrı deneyimleri mevcut ağrıya verilen tepkiyi etkilemektedir. Kronik ağrısı olan bireylerde depresyonun ortaya çıkması, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve ağrıya toleransı azaltmaktadır. Kronik ağrı sürecinde sık rastlanan depresyon semptomları hastanın tedaviye uyumunu ve etkili tedaviyi zorlaştırmaktadır (Sertel Berk, 2006; Demyttenaere ve diğerleri, 2006).

2.3.8. Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı yönetimi ve hemşirenin rolü

Ağrı subjektif, multifaktöriyel bir kavram olup bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyerek, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Ağrı yönetiminin etkinliği, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle sağlanabilmektedir (Eti-Aslan, 2005; Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Nadler, 2004).

Farmakolojik yöntemler; Dünya Sağlık Örgütü tarafından (1986) ağrı tedavisi için üç basamaklı analjezik merdiven sistemi geliştirilmiştir (WHO, 1986) (Bkz. Şekil 2.3.).



Şekil 2.3. DSÖ analjezik merdiven sistemi (WHO, 1986).

Bu sistem ile ağrı kontrolüne basamaklar halinde, ağrı süresi ve şiddeti göz önüne alınarak yaklaşılması hedeflenmektedir (WHO, 1986).

Periferik arter hastaları için ağrı kontrolü, yaşamlarını etkileyen önemli bir faktördür. Hastalığın evresine göre ağrı deneyimi ve tedavi yaklaşımı değişmekle birlikte temel kural; öncelikle non-steroid anti-inflamatuar (NSAİ) ilaçların kullanımıdır. Fakat NSAİ ilaçlar genellikle ağrı kontrolünü sağlamakta yetersiz kalmakta ve opioid analjeziklere ihtiyaç duyulmaktadır. Opioid analjezik kullanımında hastanın morbiditesi dikkate alınarak tedavi rejimi düzenlenmelidir (Bozkurt, 2016).

Non-farmakolojik yöntemler; Ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Ağrı kontrolünde analjeziklerin kullanım oranının azaltılması ile hastanın ağrı sorununun olabildiğince kontrol edilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olurlar. Non-farmakolojik yöntemler; bilişsel-davranışsal teknikler, periferik teknikler ve diğer tekniklerden (akupunktur, plasebo gibi) oluşmaktadır (Nadler, 2004).

Periferik arter hastalarında ağrı yönetimi üzerine Akyaz ve Demir'in (2016) beş hasta ile gerçekleştirdikleri olgu çalışmasında hastaların ağrıyla başetmeleri değerlendirilmiş, çalışma sonunda tüm hastaların farmakolojik yöntemler olarak tedavi rejimindeki vazodilatör ve analjezik ilaçların kullanımını tercih ettikleri belirlenmiştir. Çalışmada,

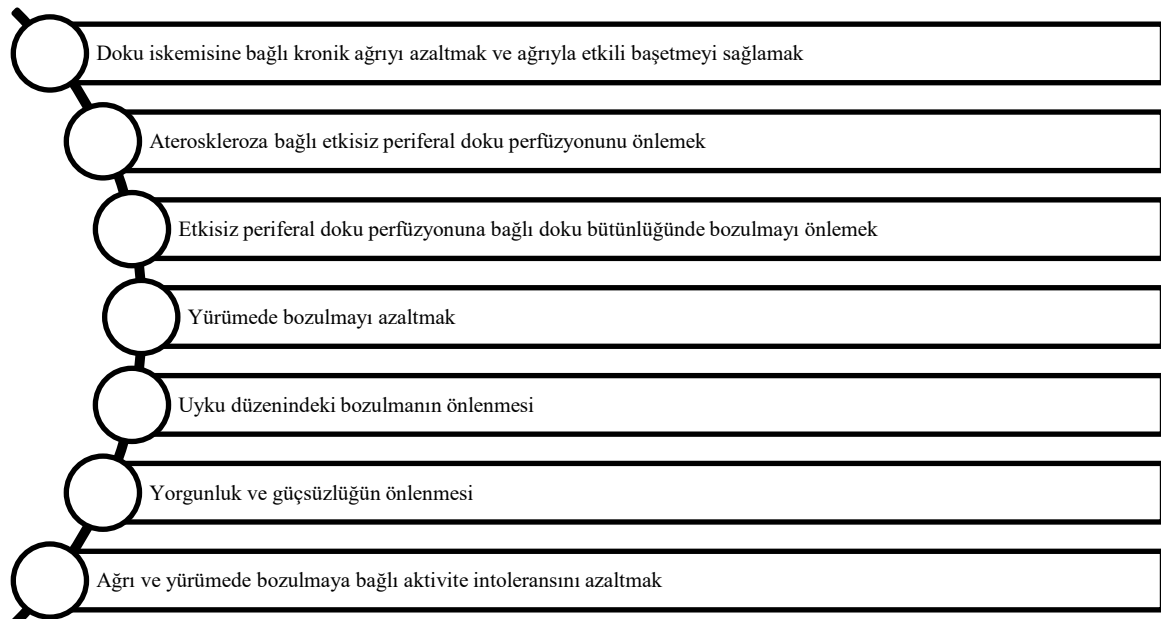
hastaların non-farmakolojik yöntemler olarak ağrı anında dinlenmeyi, ekstremiteleri sıcak tutma ve soğuktan korumayı tercih ettikleri saptanmıştır (Akyaz ve Demir, 2016b).

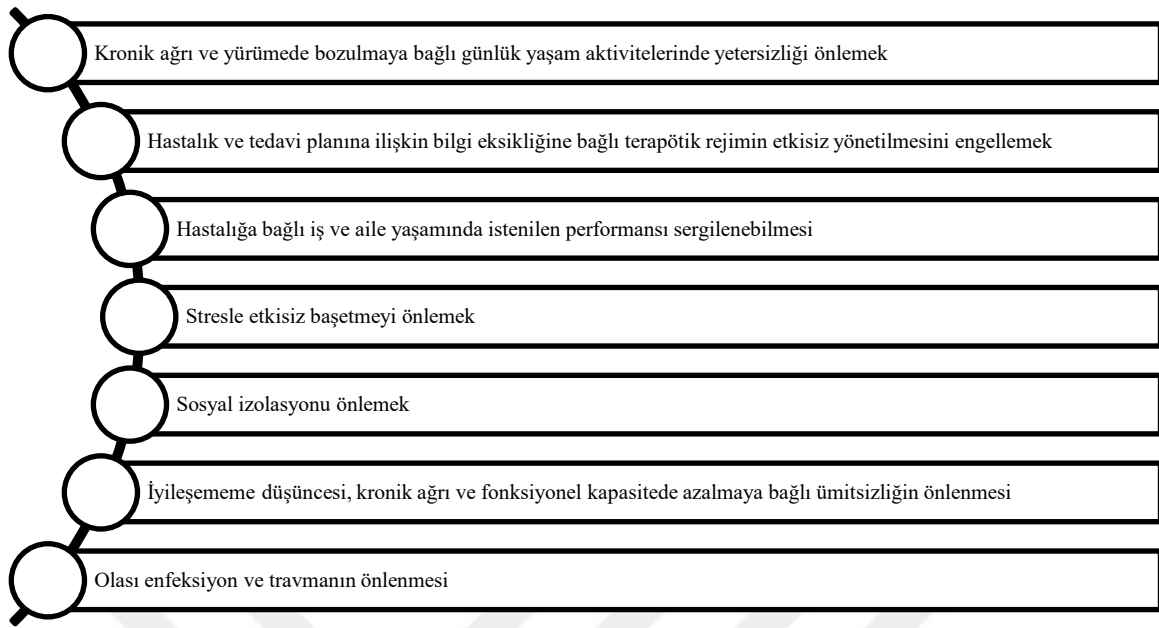
Ağrının subjektif ve multifaktöriyel özellik göstermesi ağrı kontrolünde multidisipliner yaklaşımı da beraberinde getirmektedir. Sağlık ekibi içerisinde hastalarla en fazla zaman geçiren hemşirelerin ağrı yönetiminde rolü (Eti-Aslan, 2005);

- Hastanın geçmiş deneyimleri ve başetme yöntemlerini öğrenip gerektiğinde bunlardan yararlanabilmek,
- Ağrıyı nedenlerini, özelliklerini algılamak, tanımlamak ve doğru değerlendirmek,
- Ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri belirlemek,
- Ağrıyla başetme yöntemlerini hastalara öğretmek,
- Rehberlik yapmak,
- Empati becerisini kullanmak,
- Tedavileri uygulamak ve sonuçlarını takip ederek birey odaklı kaliteli bakım verilmesi ile iyileşme sürecine katkı sağlamaktır.

2.4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalık süreci ve ağrı deneyimleri yaşamları üzerinde bazı sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlara yönelik hemşirelik bakım hedefleri Şekil 2.4'de verilmiştir.





Şekil 2.4. Periferik Arter hastalığı olan bireylerde hemşirelik bakım hedefleri

(Elbaş ve Erdil, 2001; Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b)

Periferik arter hastalığı olan bireylerde bakım hedefleri doğrultusunda hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır:

Doku iskemisine bağlı kronik ağrıyı azaltmak ve ağrıyla etkili başetmeyi arttırmak

Ağrının yerleşim bölgesi, klaudikasyon ve iskemi özelliği, şiddeti, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler bireye özgü değerlendirilir. Bireyin ağrı algısı, ağrı ilaçları ve ağrıyla başetme yöntemleri ve ağrının günlük yaşam üzerine etkisi tespit edilerek ağrı deneyimi anlaşılır. Bireyin dahil olduğu, ağrıyı azaltacak/kontrol altına alınmasını sağlayacak non-farmakolojik yöntemler belirlenir. Tedavi protokolüne uyum sağlaması için teşvik edilir. Kontrollü egzersiz programları ile kolletral gelişimini sağlama, soğuktan koruma, medikal tedaviye uyumun sağlanması ve hastalıkla ilişkili risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile ağrının kontrolü sağlanır (Elbaş ve Erdil, 2001; Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Ateroskleroza bağlı etkisiz periferik doku perfüzyonunu önlemek

Bireyin mevcut hastalık evresi, lezyonun yerleşimi, büyüklüğü, komorbidite varlığı tespit edilerek risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve uygun tedavi yöntemleri ile perfüzyonun

etkinliği sağlanmaya çalışılır (Elbaş ve Erdil, 2001; Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Etkisiz periferel doku perfüzyonuna bağlı doku bütünlüğünde bozulmayı önlemek

Hastalara hastalık süreci ve alınması gereken önlemler hakkında bilgi verilir. KBİ’de kronikleşen iskemi nedeniyle ülserasyon ve gangrenin önüne geçebilmek için tedaviye optimal uyumun sağlanması, ekstremitedeki değişimlerin gözlemlenerek erken önlem alınması, ayak bakımı ve uygun ayakkabı seçimi ile enfeksiyonun önlenmesi ve travmalardan korunması ile ekstremiteler canlılığı korunmaya çalışılır. Nörovasküler değerlendirme ve acil durum belirtileri hakkında bilgi verilir (Elbaş ve Erdil, 2001; Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Yürümede bozulmayı azaltmak

Tüm hastaların deneyimledikleri ağrı özelliğini tespit etmesi sağlanarak ağrısız yürüme mesafesi belirlenir. Katlanılamayacak dereceye gelene kadar yürümek yerine ağrı başladığı an verilen dinlenme periyotları deneyimlenen ağrı şiddetini azaltacağı konusunda hastalar bilgilendirilir. Hastaya özel belirlenen kontrollü egzersiz programları ile kollektoral gelişimi sağlanarak ağrısız yürüme mesafesi arttırılır (Elbaş ve Erdil, 2001; Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Uyku düzenindeki bozulmanın önlenmesi

Uyku örüntüsünü bozan nedenler değerlendirilir. Uyku ağrı nedeniyle bölündüğü için tedavi rejimine uyum optimal düzeyde olması için hasta bilgilendirilir. Ağrıyı azaltacak non-farmakolojik yöntemlerin uygulanmasına teşvik edilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Yorgunluk ve güçsüzlüğün önlenmesi

Yorgunluğun fiziksel ve psikolojik boyutu belirlenir. Stres ve endişenin enerji düzeyine olumsuz etkisi anlatılır. Ağrı kontrolü için analjezik kullanım saatleri planlanır ve non farmakolojik yöntemler (ekstremitenin soğuktan korunması, İK’da ağrı hissi ile dinlenmeye geçilmesi, yürüyüş ile dolaşım sağlanmasına yardımcı olma vb.) hakkında bilgilendirme

yapılır. Uyku hijyeni hakkında bilgilendirme yapılır. Gün içerisinde enerjinin kademeli kullanımı ile yorgunluk ve güçsüzlüğün önlenmesine yardımcı olunur (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Ağrı ve yürümede bozulmaya bağlı aktivite intoleransını azaltmak

Aktivite intoleransının nedenleri ve bireyin yaşam üzerine etkisi belirlenir. Mevcut enerjiyi artırabilmek (kontrollü egzersiz programları, tedavi rejimi ve uyku örüntüsünün düzeni vb.) ve etkin kullanabilmek için bilgilendirme yapılır (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Kronik ağrı ve yürümede bozulmaya bağlı günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliği önlemek

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizliğin nedenleri belirlenerek alternatif çözümler hasta ile birlikte değerlendirilir. Günlük planlarını uygulamak için enerjisini kademeli kullanması önerilir. Bireylerin tedavi rejimine ve terapötik yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlayabilmesinin hastalık süreci yönetimi üzerine olumlu etkisi görüşülerek mevcut durumda aktif olabilmesi için desteklenir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı terapötik rejimin etkisiz yönetilmesini engellemek

Hastalık prognozu, tedavi rejimi, terapötik yaşam tarzı değişikliği, risk faktörlerinin neler olduğu ve nasıl kontrol altına alınacağı hakkında bilgi verilir. Hasta ve ailesinin hastalık sürecinde olumlu tutum geliştirmesi ve sürece aktif katılım sağlaması için desteklenir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Hastalığa bağlı iş ve aile yaşamında istenilen performansı sergilenebilmesi

Bireyler rol performansı ile ilgili düşüncelerini açıklaması için desteklenir. Hastalık süreci ile birlikte mesleki, sosyal rollerinde yaşadığı değişiklikler belirlenerek alışılmış rolleri ve yapabileceği aktiviteleri sürdürmeleri için desteklenir. Sağlığı korumak için daha uygun bir çalışma şekli ve mesleki danışmanlık için sosyal destek sistemleri ve çeşitli kurumlar hakkında bilgilendirme yapılır. Aile bireyleri hastalığın günlük yaşam aktivitesinde olası

değişiklikler hakkında bilgilendirilir. Beklentilerin gerçekçi olması ve hastanın desteklenmesi için aile bireyleri teşvik edilir. Olası depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon belirtileri konusunda aile bilgilendirilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Stresle etkisiz başetmeyi önlemek

Bireylerin mevcut başetme durumu ve yöntemleri değerlendirilir. Kendi davranışlarını değerlendirmeleri ve olumsuzları olumlu tutum ile değiştirmeleri için teşvik edilir. Benzer deneyimi olan ve hastalık süreciyle olumlu başedebilen kişilerle görüşmeleri için teşvik edilir. Gevşeme ve etkili başetme yöntemleri anlatılarak uygulamaya teşvik edilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Sosyal izolasyonu önlemek

Gün içerisinde olabildiğince sosyal aktivite ve hobileri ile uğraşmaya teşvik edilir. Destek sistemleri belirlenerek sosyal çevrenin desteği sağlanmaya çalışılır. Yaşam değişikliğine uyum sağlayarak günlük hayata devam etmeleri için cesaretlendirilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

İyileşememe düşüncesi, kronik ağrı ve fonksiyonel kapasitede azalmaya bağlı ümitsizliğin önlenmesi

Korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanır. Hastalığa dair kötümser bakış açısı yerine daha ümitli ve gerçekçi bakış açısı sağlanmaya çalışılır. Kısa ve uzun vadeli amaçlar geliştirmesine yardım edilir. Benzer durumda olanların iyileşme/olumlu başetme örnekleri gösterilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

Olası enfeksiyon ve travmanın önlenmesi

Doku bütünlüğünün korunması, ayak bakımı ve uygun ayakkabı seçiminin önemi, enfeksiyon belirti ve bulguları anlatılır. DM, ateroskleroz ve ek hastalıkların kontrol altında olması, tedaviye uyumun önemi hakkında hasta bilgilendirilir. Yürümede bozulma, yaşanan düşme korkusu nedeniyle güvenli yürüyüş alanlarının oluşturulması önerilir (Akyaz ve Demir, 2016a; Akyaz ve Demir, 2016b).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniğinde yapılmıştır. Hastane 2004 yılında kurulmuş olup, 541 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşirelik hizmetleri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yürütülmekte olup, toplam 512 hemşire ve ebe görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Hastanede farklı katlarda yerleşimli 155 poliklinik odası bulunmaktadır. Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği 2. katta ve iki poliklinik odası bulunmaktadır. Poliklinikte doktor tarafından hastaların muayeneleri yapılarak tanı, tedavi (medikal, invaziv ve cerrahi) ve takipleri yapılmaktadır. Poliklinikte bir hemşire çalışmakta olup, hasta kayıtlarını almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve PAH tanısı ile izlenen hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya, PAH tanısı olan ve hastalık nedeniyle ağrı deneyimlediğini belirten, araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu belirten bireyler dahil edilmiştir. PAH tanısı konulmasına rağmen henüz ağrı deneyimlemeyen ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler örneklem dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın örneklemi, Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran, PAH tanısı olan ve araştırma kriterlerine uygun hastalar oluşturmuştur. Araştırma, PAH olan bireylerin kışın ağrıya bağlı evden çıkmakta zorlanmaları, ilkbaharla birlikte hastaneye başvurularının artması nedeniyle 01 Mart – 30 Eylül 2016 tarihleri arasında tarihler arasında

gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne ayda ortalama 10-12 periferik arter hastası başvurmuştur. Çalışma, 80 hasta ile tamamlanmıştır.

Literatürde PAH ile ilgili sıklıkla hastaların yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar olup, ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrıyla baş etmeye ilişkin çalışmalara ulaşılammıştır. Hastaların günlük yaşamlarında deneyimledikleri en önemli sorunun ağrı olduğu, ağrının özelliğine bağlı olarak birçoğunun çevresel, fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonlarının olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitesinin düştüğü bilinmektedir (Gibson ve Kenrick, 1998; Treat-Jacobson ve diğerleri, 2002; Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Aronow, 2007; Smolderen ve ark, 2009; Pedrosa ve diğerleri, 2011). Araştırmanın örneklem gücünün belirlenmesi amacıyla PASS 2008 yazılımı kullanılarak power analizi yapılmıştır. Örneklem gücünün belirlenmesinde, araştırmada kullanılan Ağrı İnançları Ölçeği Psikolojik Alt Boyutu (AİÖ-P) ile McGILL Ağrı Soru Formu total skoru arasında korelasyon oranından yararlanılmış ve bu oran 0,464 olarak saptanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, çalışmanın güç analizinin 80 hasta ile %99 olduğu belirlenmiştir (α : 0,05; β : 0,00682).

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu, McGill Melzack Ağrı Soru Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır (Norgren ve diğerleri, 2007; Tendera ve diğerleri, 2012; Bozkurt ve diğerleri, 2008; Kuşuoğlu, Aslan ve Olgun, 2003; Sertel Berk, 2006; Karaca, Demir, Aşkın ve Şimşek, 1996).

Hasta Bilgi Formu: Konu ile ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Norgren ve diğerleri, 2007; Tendera ve diğerleri, 2012; Bozkurt ve diğerleri, 2008). Form, sosyodemografik özellikler ile PAH ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikleri içeren iki bölüm ve 24 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, BKİ, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, evde birlikte yaşadığı kişiler, periferik arter hastalığı dışındaki sağlık sorunları ve alışkanlıklarını içermektedir. PAH ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikler ise PAH tanısının konulma zamanı, PAH'a ilişkin şikayetler ve görülme süresi, PAH evresi, PAH'a yönelik ilaç kullanma durumu, invaziv tedavi alma durumu, cerrahi tedavi alma durumu, cerrahi tedavi türü, ağrının en yoğun yaşandığı zaman dilimi, istirahat sırasında ağrı varlığı, ağrısız

yürüme mesafesi, hastaların ağrının yaşamı etkileme düzeyleri ile ilgili önermelere katılma durumları, hastalık ve ağrıyla başetme konusunda eğitim alma durumunu içermektedir (EK-1).

McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) (McGill Melzack Pain Questionnaire): McGill Melzack Ağrı Soru Formu, 1971 yılında ağrının çok boyutlu değerlendirilmesi için Melzack ve Katz tarafından tasarlanmış, daha sonra Melzack ve Targerson tarafından geliştirilerek 1975 yılından beri akut - kronik ağrı değerlendirilmesinde birçok çalışmada kullanılmıştır (Melzack ve Katz, 2001). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği 1998 yılında Kuğuoğlu, Eti Aslan ve Olgun tarafından cerrahi kliniklerinde yatan adölesan ve erişkin hasta grubunda yapılmıştır (Eti Aslan, 2014). Formun araştırma grubu için cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.98 olup, bölümlere ait madde güvenilirlik katsayıları ikinci bölümde 0.52-0.72, üçüncü bölümde 0.50-0.70, dördüncü bölümde ise 0.50- 0.58 arasında değişmektedir (Kuğuoğlu, Aslan ve Olgun, 2003). Bu araştırmanın örnekleminde ise MASF için cronbach's alpha: 0, 767 olarak bulunmuştur.

MASF, ağrıyı çok boyutlu olarak değerlendirmekte ve dört bölümden oluşmaktadır. Formun giriş bölümünde hastanın adı, yaşı, protokol numarası, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa analjezik tipi ve dozu gibi tanıtıcı bilgiler ve hastaya formu tanıtıcı açıklamalar bulunmaktadır (Kuğuoğlu, Aslan ve Olgun, 2003) (EK-2).

- *Birinci bölüm:* Bu bölümde hastanın ağrısının yerini işaretleyebileceği ön ve arka görünüşü çizilmiş iki vücut şeması vardır. Hastadan ağrının yerini vücut şeması üzerinde çizmesi ve ağrı derinden geliyorsa 'D', yüzeyden geliyorsa 'Y' ile belirtmesi istenmektedir.
- *İkinci bölüm:* Bu bölümde hastanın ağrısını duyuşal, algısal, değerlendirme ve ağrının çok yönlü boyutlarında tanımlayabileceği 2 ila 6 arasında değişen tanımlayıcı kelimenin yer aldığı 20 kelime bulunmaktadır. İlk 10 kelime grubu duyuşal boyutu, 11-15. kelime grubu algısal boyutu, 16. kelime grubu değerlendirme, 17-20. kelime grupları ise ağrının çok yönlü boyutlarını değerlendirmektedir. Hasta, her kelime grubundan kendine en uygun olan bir kelimeyi işaretleyebilir, uygun değil ise o kelime grubu tamamen geçilebilir. Her grup puanlanarak sonunda toplam puan elde edilir. MASF'ın duyuşal alt boyutundan 0-40, algısal alt boyutundan 0-14, değerlendirme alt boyutundan 0-5, ağrının çeşitli yönleri alt boyutundan 0-19 arasında puan alınabilmektedir. MASF'ın total

skorundan elde edilebilecek minimum puan 0, maksimum puan 78'dir (Melzack, 1975; Kuğuoğlu, Aslan ve Olgun, 2003). Total skorun artması hastaların ağrıyı daha çok deneyimledikleri ve ağrının özelliklerini daha kapsamlı değerlendirdiklerini göstermektedir. Hastaların duyuşsal alt boyut puanlarının artması ağrıyı daha çok hissettiklerini; algısal alt boyut puanlarının artması ağrıyı daha çok algıladıklarını ifade etmektedir. Değerlendirme alt boyut puanlarının artması hastaların ağrıyı daha çok değerlendirdikleri; ağrının çeşitli yönleri alt boyut puanlarının artması ise ağrıyı çok boyutlu / kapsamlı değerlendirdikleri söylenebilir.

- *Üçüncü bölüm:* Bu bölümde ağrıyı tanımlamaya yönelik hastanın seçebileceği kelime grupları bulunmaktadır. Ağrının zamanla ilişkisi, ağrıyı nelerin arttırdığı/azalttığı sorularak hastanın ağrıyı tanımlaması sağlanır.
- *Dördüncü bölüm:* Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır. Hasta, "hafif" ağrı ile "dayanılmaz" ağrı arasında değişen beş kelime grubundan kendisi için uygun olanı seçerek "hafif=1", "dayanılmaz=5" şeklinde ağrı şiddetini belirtir (Kuğuoğlu, Aslan ve Olgun, 2003).

Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ): 1992 yılında Edwards ve diğerleri tarafından geliştirilen, ağrının kaynağına ve sonucuna dair psikolojik ve organik inanç atıfları değerlendiren, 6'lı likert tipinde bir ölçektir (Edwards ve diğerleri, 1992). Ölçeğin, Organik İnançlar (AİÖ-O) ve Psikolojik İnançlar (AİÖ-P) olmak üzere iki alt boyutu bulunmakta ve 12 sorudan oluşmaktadır.

- Organik inançlar alt boyutunu; 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler,
- Psikolojik İnançlar alt boyutunu 4, 6, 9, 12. maddeler oluşturmaktadır (Edwards ve diğerleri, 1992).

Hastalardan "1. hiçbir zaman" ile "6. her zaman" arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygun olanı işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişmekte ve her madde 6-1 puan olacak şekilde puanlandırılmaktadır. Her alt boyut için toplam puan o alt boyuttaki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt boyutun madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçekte kesme puanı bulunmamaktadır. Formdaki 2. ve 3. maddeler puanlama dışı olmakla birlikte, ölçekten çıkarılması gerekmemektedir. Ölçeğin Organik inançlar alt boyutundan 1-6 arasında puan alınabilmekte ve sorunun fiziksel/organik kökenli olduğu inancını yansıtmaktadır. Ölçeğin Psikolojik inançlar alt boyutundan ise 1-6 arasında

puan alınabilmekte ve sorunun psikolojik kökenli olduğu inancını yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği Sertel-Berk (2006) tarafından yapılmış olup, cronbach alpha katsayısı Organik İnançlar alt boyutu için 0,71 ve Psikolojik İnançlar alt boyutu için de 0,73 olarak bulunmuştur (Sertel Berk, 2006) (EK-3). Bu çalışma grubunda ise cronbach alpha değeri AİÖ-O alt boyutu için 0,602, AİÖ-P alt boyutu için 0,787 olarak bulunmuştur.

Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) (The Pain Coping Questionnaire-PCQ): Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği, 1992 yılında Kleinke tarafından ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koymak amacıyla geliştirilen 4'lü likert tipinde bir ölçektir (Kleinke, 1992). Ölçek; kendi kendine başa çıkma, çaresizlik, bilinçli bilişsel girişimler ve tıbbi çare arama olmak üzere dört faktör ve 29 sorudan oluşmaktadır. Her faktörün madde numaraları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

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

Dörtlü likert tipinde olan ölçekte her madde için puanlar 0=hiçbir zaman, 3=sık sık arasında değişmektedir. Her bir faktör kendi içinde puanlanarak minimum ve maksimum puanlar elde edilmektedir. Her faktör için toplam puan o faktördeki maddelerden alınan puanların toplanmasıyla hesaplanır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamaktadır. Alınabilecek maksimum puanlar; faktör 1 için 36 puan, faktör 2 ve faktör 3 için 24 puan, faktör 4 için 27 puandır (Karaca ve diğerleri, 1996). Alınabilecek minimum puan ise tüm faktörler için sıfırdır. ABÖ'nin faktörlerinden alınan puanların artması, başa çıkmayla ilgili faktördeki duygulanım ve davranış biçimlerini daha fazla kullanıldığını yansıtmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlilik ve güvenilirliği Karaca ve diğerleri (1996) tarafından yapılmış olup, cronbach alpha katsayısı ile ölçülen iç tutarlılığı 0,75 olarak bulunmuştur (Karaca ve diğerleri, 1996) (EK-4). Bu araştırmanın örnekleminde ise, cronbach alpha değerleri kendi kendine başa çıkma alt boyutu için 0,803, çaresizlik alt boyutu için 0,797, bilinçli bilişsel girişimler altboyutu için 0,567 ve tıbbi çare arama alt boyutu için 0,470 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak formların anlaşılabilirliğini değerlendirebilmek için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve PAH tanısı konulan 10 hasta üzerinde 01-31 Mart 2016 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamış ve 10 hasta araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve PAH tanısı konulan bireyler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmacı, örneklem kriterlerine uygun olan hastalara araştırma ile ilgili bilgi vererek araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formlarını uygulamıştır. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 45 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket veri programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik hesabı, median, minimum ve maksimum değerler, ortalama, standart sapma), Ki Kare, Fisher Exact, Man-Whitney U ve Spearman korelasyon katsayısı testleri kullanılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde, hastaların MASF, AİÖ VE ABÖ puan ortalamaları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, beden kitle indeksi, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, evde birlikte yaşadığı kişiler, PAH dışında sağlık sorunu olma durumu, beslenme alışkanlığı, egzersiz yapma durumu, sigara kullanma alışkanlığı, alkol kullanma alışkanlığı, PAH tanısının konulma zamanı, PAH'a ilişkin şikayetler ve görülme süresi, PAH evresi, PAH'a yönelik ilaç kullanma durumu, invaziv tedavi alma durumu, cerrahi tedavi alma durumu, cerrahi tedavi türü, ağrının en yoğun yaşandığı zaman dilimi, istirahat sırasında ağrı varlığı, ağrısız yürüme

mesafesi (metre), hastaların ağrının yaşamı etkileme düzeyleri ile ilgili önermelere katılma durumları, hastalık ve ağrıyla başetme konusunda eğitim alma durumu bulguları bağımsız değişken olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulamasına, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan Etik Onay (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin (EK-6) alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırma uygulama aşamasında araştırmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-7). Bireylere araştırmadan elde edilen verilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakları olduğu bilgisi verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın en önemli sınırlılığı, çalışmanın tek merkezde yürütülmüş olması ve elde edilen sonuçların sadece bu merkezde takip edilen hastalara genellenebilecek olmasıdır.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Periferik arter hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri (N:80)

Sosyodemografik Özellikler	n(%)
Yaş*	
40 yaş altı	1(1,3)
40-49	9(11,3)
50-59	22(27,5)
60-69	31(38,8)
70-79	14(17,5)
80-89	3(3,8)
Cinsiyet	
Kadın	15(18,8)
Erkek	65(81,3)
Medeni durum	
Evli	66(82,5)
Bekâr	14(17,5)
BKİ**	
Normal (18.5-24,9 kg/m ²)	21(26,3)
I. derece obez (25-34,9 kg/m ²)	55(68,8)
II. derece obez (35- 40 kg/m ²)	4(5,0)
Eğitim durumu	
Okur-yazar	7(8,8)
İlkokul	40(50,0)
Ortaokul	5(6,3)
Lise	17(21,3)
Üniversite	11(13,8)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	9(11,3)
Hastalığı nedeniyle şu anda çalışmıyor	3(3,8)
Çalışmıyor	68(85,0)
Sosyal güvence	
Var	78(97,5)
Yok	2(2,5)
Gelir düzeyi	
Gelir giderden az	25(31,3)
Gelir gidere eşit	54(67,5)
Gelir giderden fazla	1(1,3)
Evde birlikte yaşadığı kişiler	
Var	76(95,0)
Yok	4(5,0)
Beslenme alışkanlığı	
Sebze ağırlıklı	33(41,3)
Et ağırlıklı	47(58,8)
Egzersiz yapma alışkanlığı	
Evet	9(11,3)
Hayır	71(88,8)
Sigara içme alışkanlığı	
Evet	74(92,5)
Hayır	6(7,5)

*Yaş ortalaması: 61,7±10,6 (Min:29, Max:87).

**BKİ ortalaması: 27,2±4,2 (Min:18,8, Max:40,1).

Çizelge 4.1. (devam) Periferik Arter hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri (N:80)

Sosyodemografik Özellikler	n(%)
Alkol kullanma alışkanlığı	
Evet	23(28,8)
Hayır	57(71,3)
Periferik arter hastalığı dışında kronik hastalık bulunma durumu	
Var	74(92,5)
Yok	6(7,5)
Kronik Hastalıklar (n:74)***	
Hiperlipidemi	71(96,0)
Hipertansiyon	60(81,0)
Koroner arter hastalığı	56(77,0)
Diabetes mellitus	33(45,0)
Böbrek hastalığı	11(14,9)
Diğer (serebrovasküler olay, hipotiroidi, lumbal herniasyon)	9(12,1)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	5(6,8)
Kalp yetmezliği	2(2,7)

***Birden fazla cevap verildiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 4.1’de PAH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun 60 yaş ve üzerinde (%60,1), BKİ normalin üzerinde (%73,8), büyük çoğunluğunun erkek (%81,3), evli (%82,5) ve yarısının ilkokul mezunu olduğu (%50,0) saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi (%97,5) bulunmakta, büyük çoğunluğu çalışmamakta (%85,0) ve çoğunluğu orta gelir (%67,5) düzeyindedir. Hastaların %58,8’inin et ağırlıklı beslendiği, %88,8’inin egzersiz yapmadığı, %92,5’inin sigara içme ve %28,8’inin alkol kullanma alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamına yakınında kronik hastalık (%92,5) olduğu, kronik hastalıklar arasında en sık görülen ilk üçünün sırasıyla hiperlipidemi (%96,0), hipertansiyon (%81,0) ve koroner arter hastalığı (%77,0) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikleri (N:80)

Hastalık, Tedavi ve Ağrı Deneyimleri ile İlgili Özellikler	n (%)
Periferik Arter Hastalığına İlişkin Şikayetler*	
Ağrı	80(100,0)
Yürüme mesafesinde azalma	80(100,0)
Ekstremitelerde yanma hissi	61(76,3)
Ekstremitelerde soğukluk hissi	40(50,0)
Uyku düzeninde bozulma	38(47,5)
Ekstremitelerde solukluk	12(15,0)
Bacak kıllarında dökülme	7(8,8)
Periferik Arter Hastalığı Evreleri*	
Klaudikasyon	45(56,3)
İskemi	28(35,0)
Ülserasyon / Gangren	7(8,8)
Periferik Arter Hastalığı İle İlgili İlaç Kullanımı	
Evet	75 (93,8)
Hayır	5(6,3)
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	
Evet	70(87,5)
Hayır	10(12,5)
İnvaziv Girişim Uygulanma Durumu	
Evet	42(52,5)
Hayır	38(47,5)
Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu	
Evet	23(28,8)
Hayır	57(71,3)
Uygulanan Cerrahi Girişim Türü (n:23)	
Bypass	15 (65,2)
Embolektomi	3(13,0)
Amputasyon	3(13,0)
Endarterektomi	1(4,3)
Sempatektomi	1(4,3)
Ağrının En Yoğun Yaşandığı Zaman Dilimi	
Gündüz	60(75,0)
Gündüz ve Gece	20(25,0)
Gece	-
İstirahat Sırasında Ekstremitelerde Ağrının Varlığı	
Evet	34(42,5)
Hayır	46(57,5)

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Çizelge 4.2’de PAH olan bireylerin hastalık, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, bireylerin PAH ile ilgili en çok yaşadıkları şikayetlerin ağrı (%100), yürüme mesafesinde azalma (%100), ekstremitelerde soğukluk (%76,3) ve yanma (%50,0) hisleri ile uyku düzeninde bozulma (%47,5) olduğu dikkati çekmektedir. Tabloda yer almamakla birlikte, çalışmada bireylerin PAH’na ilişkin şikâyetleri nicel olarak da değerlendirilmiş ve şikâyet sayısının ortalaması $3,97 \pm 1,27$ (Min:2, Max:7) olarak bulunmuştur.

Bireylerin PAH evrelerine bakıldığında, yarıdan fazlasının klaudikasyon (%56,3) ve üçte birinin iskemi (%35,0) evrelerinde olduğu görülmektedir. Hastaların tamamına yakını PAH ile ilgili medikal tedavi almakta (%93,8) ve büyük çoğunluğu ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (%87,5). Bireylerin %52,5'i invaziv (balon-stent uygulaması) tedavi, %28,8'i cerrahi tedavi almış olup, en sık uygulanan cerrahi tedavilerin ilk üçü bypass (%65,2), embolektomi (%13,0) ve amputasyondur (%13,0).

Bireylerin çoğunluğu ağrıyı en yoğun yaşadığı zaman diliminin gündüz (%75,0) olduğunu, yarıdan fazlası ise ekstremitelerdeki ağrının istirahat sırasında da devam ettiğini (%42,5) ifade etmiştir. Çizelgede belirtilememekle birlikte, çalışmada bireylerin ağrısız yürüme mesafesi ortalaması $236,3 \pm 376,6$ metre olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Hastaların deneyimledikleri ağrının günlük yaşamları üzerine etkileri (N:80)

Ağrının Günlük Yaşamları Üzerine Etkileri*	Evet	Hayir
	n(%)	n(%)
Yürüme mesafem kısaldı	80(100)	-
Günlük aktivitelerimi kısıtladı	78(97,5)	2(2,5)
Sosyal yaşamımı sınırladı	75(93,8)	5(6,3)
Ağrım olduğunda öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygular hissediyorum	68(85,0)	12(15)
Günlük aktivitelerim için başkalarından yardım istememe neden oldu	61(76,3)	19(23,8)
Ağrı nedeniyle uyku düzenim bozuldu	37(46,3)	43(53,8)
Çalışma yaşamımı sınırladı	10(12,5)	70(87,5)

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Çizelge 4.3'te hastaların deneyimledikleri ağrının günlük yaşamları üzerine etkileriyle ilgili veriler yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, bireylerin tamamında ağrının yürüme mesafesini azalttığı (%100), tamamına yakınında günlük aktivitelerini kısıtladığı (%97,5) ve sosyal yaşamı sınırladığı (%93,8), büyük çoğunluğunda da öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygular hissetmelerine (%85,0) ve günlük aktiviteler için başkalarından yardım istemelerine (%76,3) neden olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların MASF'a göre ağrı ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı
(N:80)

Ağrı ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler	n(%)
Ağrının Yeri	
Derinde	71(88,8)
Hem derinde hem yüzeyde	9(11,3)
Ağrının Bölgesi*	
Baldırlar	73(91,3)
Ayaklar	49(61,3)
Uyluk ve Çevresi	28(35,0)
Kalça	21(26,3)
Ağrının Özellikleri*	
Kasılır tarzda	71(88,8)
Zonklayan	61(76,3)
Yorucu	50(62,5)
Biçare eden	50(62,5)
Korku veren	43(53,8)
Üşüten	41(51,2)
Çok keskin	40(50,0)
Keskin	39(48,8)
İğne batır gibi	36(45,0)
Yoğun	32(40,0)
İçe işleyen	31(38,8)
Şiddetli	27(33,8)
Şiş saplanır gibi	27(33,8)
Sıcaklık veren	26(32,5)
Istirap veren	23(28,7)
İşkence eder	23(28,7)
Sıkıntılı	21(26,3)
Sıkıştırıcı	20(25,0)
Ağrının Zamanla İlişkisi*	
Kararlı	57(71,3)
Aralıklı	50(62,5)
Geçici	34(42,5)
Anlık	25(31,3)
Genel	21(26,3)
Devamlı	20(25,0)
Periyodik	19(23,8)
Ritmik	11(13,8)
Sabit	3(3,8)
Ağrıyı Azaltan Faktörler*	
Dinlenmek	80(100)
Ağrıyan bölgeyi sıcak tutmak	62(77,5)
Masaj yapmak	60(75,0)
Bacağı aşağı sarkıtmak	9(11,3)
Ağrıyı Arttıran Faktörler*	
Yürümek	80(100)
Soğuğa maruz kalmak	65(81,3)
Merdiven/yokuş çıkmak	7(8,8)

*Satur yüzdesi alınmıştır.

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların MASF'a göre ağrı ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (N:80)

Ağrı ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler (N:80)	n(%)
Ağrının Şiddeti	
O Anki Ağrı**	
Rahatsız Edici	48(60,0)
Hafif	17(21,3)
Şiddetli	9(11,3)
Çok şiddetli	6(7,5)
Dayanılmaz	-
Hissedilen En Kötü Ağrı	
Dayanılmaz	52(65,0)
Çok şiddetli	17(21,3)
Şiddetli	8(10,0)
Rahatsız edici	3(3,8)
Hafif	-
Hissedilen En Az Ağrı	
Rahatsız Edici	40(50,0)
Hafif	36(45,0)
Şiddetli	4(5,0)
Çok şiddetli	-
Dayanılmaz	-

** O anki ağrı, araştırmanın yapıldığı an mevcut ağrı şiddetini ifade etmektedir.

Çizelge 4.4'de hastaların MASF'a göre ağrı ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, hastaların büyük çoğunluğunun ağrıyı derinde (%88,8), baldır (%91,3) ve ayaklarda (%61,3) hissettiği dikkati çekmektedir. Deneyimlenen ağrının özelliği ile ilgili olarak hastaların tamamına yakını kasılır tarzda (%88,8), çoğunluğu zonklayan (%76,3), yorucu (%62,5) ve bıçare eden (%62,5), yarıdan fazlası korku veren (%53,8) ve üşüten (%51,2) olarak tanımlamışlardır. Hastalar, ağrının zamanla ilişkisini en sık kararlı (%71,3), aralıklı (%62,5) ve geçici (%42,5) olarak nitelendirmişlerdir. Hastalar dinlenmeyi (%100), ağrıyan bölgeyi sıcak tutmayı (%77,5) ve bacağı aşağı sarkıtmayı (%75,0) ağrıyı azaltan faktörler; yürümeyi (%100) ve soğuğa maruz kalmayı (%81,3) da ağrıyı arttıran faktörler olarak tanımlamışlardır. Hastaların ağrı şiddeti ile ilgili özelliklerine bakıldığında, %60'ı araştırmanın yapıldığı andaki ağrısını "rahatsız edici", %65'i hissettikleri en kötü ağrı şiddetini "dayanılmaz", %50'si de hissedilen en az ağrı şiddetini "rahatsız edici" olarak tanımlamışlardır.

Çizelge 4.5. Periferik arter hastalığı olan bireylerin MASF puan ortalamalarının dağılımı (N:80)

MASF Alt Boyutları	MASF puan ortalamaları		
	Ort $\pm$ SS	Median	Min-Max (Alınabilecek puanlar)
Duyusal Alt Boyutu	19,6 $\pm$ 5,21	20,0	7-33(0-40)
Algısal Alt Boyutu	6,0 $\pm$ 3,15	6,0	0-12(0-14)
Değerlendirme Alt Boyutu	3,1 $\pm$ 1,40	3,0	1-5(0-5)
Ağrının Çeşitli Yönleri Alt Boyutu	9,9 $\pm$ 4,57	10,0	2-21(0-19)
Total Skor	38,6$\pm$11,42	39,00	10-71(0-78)

Çizelge 4.5’de hastaların MASF puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde, hastaların duyusal alt boyutu puan ortalamasının 19,6 $\pm$ 5,21, algısal alt boyutu puan ortalamasının 6,0 $\pm$ 3,15, değerlendirme alt boyutu puan ortalamasının 3,1 $\pm$ 1,40, ağrının çeşitli yönleri alt boyutu puan ortalamasının 9,95 $\pm$ 4,57 ve tüm alt boyutlardan elde edilen total skor puan ortalamasının 38,6 $\pm$ 11,42 olduğu görülmektedir. Buna göre, ağrı deneyiminin ve ağrı algısının bireyler arasında farklılık gösterdiği söylenebilir.

Çizelge 4.6. Hastaların AİÖ ve ABÖ alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı (N:80)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort $\pm$ SS	Median	Min-Max (Alınabilecek puanlar)
AİÖ			
Organik İnançlar (AİÖ-O)	5,3 $\pm$ 0,53	5,4	3,6-6,0 (1-6)
Psikolojik İnançlar (AİÖ-P)	1,5 $\pm$ 0,67	1,5	0-3,3(1-6)
ABÖ			
Kendi kendine başa çıkma	7,9 $\pm$ 4,68	6,5	2,0-22,0 (0-36)
Çaresizlik	13,8 $\pm$ 4,78	14,5	1,0-22,0 (0-24)
Bilinçli bilişsel girişimler	4,5 $\pm$ 2,68	4,0	2,0-15,0 (0-24)
Tıbbi çare arama	6,1 $\pm$ 2,83	5,5	1,0-15,0 (0-27)

Çizelge 4.6’da hastaların AİÖ ve ABÖ alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. AİÖ ile ilgili puanlara bakıldığında, hastaların Organik İnançlar alt boyutu puan ortalamasının 5,3 $\pm$ 0,53, Psikolojik İnançlar alt boyutu puan ortalamasının 1,5 $\pm$ 0,67 olduğu görülmektedir. Buna göre, Organik İnançlar alt boyutu puan ortalamasının Psikolojik İnançlar alt boyutundan daha yüksek olduğu ve hastaların ağrıların daha çok organik kökenli olduğuna inandıkları söylenebilir.

ABÖ puanları incelendiğinde, hastaların alt boyutlara göre en yüksek puan ortalamalarının sırasıyla Çaresizlik için 13.8 $\pm$ 4.78, Kendi Kendine Başa Çıkma için 7.9 $\pm$ 4.68, Tıbbi Çare Arama için 6.1 $\pm$ 2.83 ve Bilinçli Bilişsel Girişimler için 4.5 $\pm$ 2.68 olduğu görülmektedir. Buna göre, deneyimledikleri ağrı karşısında daha çok çaresiz kaldıkları ve kendi kendilerine başa çıkmaya çalıştıkları, bilinçli bilişsel girişimleri daha az kullandıkları söylenebilir.

Çizelge 4.7. Ağrının bazı tanımlayıcı özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80)

Ağrının Tanımlayıcı Özellikleri	MASF puanları				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Ağrının yeri*					
Derinde	20,0 19,6±5,01	6,0 5,8±3,08	3,0 3,0±1,37	10,0 10,0±4,48	39,0 38,5±11,12
Hem derinde hem yüzeyde	21,0 19,8±7,01	9,0 7,6±3,39	4,0 3,6±1,59	7,0 8,4±5,31	41,0 39,3±14,26
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,550/,582	-1,697/,090	-,971/,332	-,971/,332	-,655/,512
Ağrının bölgesi*					
Kalça					
Ağrı yok	20,0 19,9±5,45	6,0 6,0±5,45	3,0 3,0±1,45	10,0 9,6±4,50	39,0 38,6±11,59
Ağrı var	20,00 18,8±4,50	6,0 6,1±3,36	3,0 3,2±1,26	12,0 10,5±4,81	39,0 38,6±11,17
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,965/,335	-,116/,908	-,721/,471	-,571/,568	-,011/,991
Uyluk ve çevresi					
Ağrı yok	20,0 19,15±5,58	6,0 5,4±3,11	3,0 2,9±1,39	9,5 9,4±4,58	39,0 37,1±12,01
Ağrı var	20,0 20,5±4,41	7,00 7,0±3,00	3,0 3,3±1,43	12,0 10,7±4,52	42,00 41,5±9,79
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,658/,511	-2,217/,027	-,928/,353	-1,073/,283	-1,459/,145
Baldırlar					
Ağrı yok	13,0 12,6±4,19	2,0 2,0±2,51	2,0 1,9±,378	6,0 6,4±3,64	22,0 22,9±7,31
Ağrı var	20,0 20,3±4,80	7,0 6,4±2,94	11,0 10,2±4,53	11,0 10,2±4,53	40,0 40,1±10,59
İstatistiksel Analiz: Z/p	-3,424/,001	-3,108/,002	-2,419/,016	-2,103/,036	-3,630/<,001
Ayaklar					
Ağrı yok	18,0 17,8±4,72	6,0 4,94±3,24	2,0 2,58±1,28	12,0 10,42±4,97	35,0 35,77±11,14
Ağrı var	22,0 20,76±5,24	7,0 6,67±2,92	3,0 3,35±1,40	9,0 9,49±4,31	41,0 40,41±11,38
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,635/,008	-2,520/,012	-2,382/,017	-,793/,428	-1,868/,062
Ağrının zamanla ilişkisi**					
Genel	22,0 21,1±5,44	7,0 7,1±2,41	4,0 3,8±1,28	8,0 9,1±4,16	43,0 41,2±9,87
Anlık	18,0 17,0±4,88	6,0 4,3±2,90	2,0 2,5±1,35	9,0 9,0±4,36	33,0 32,8±11,46
Geçici	21,0 20,6±4,73	7,0 6,6±3,26	3,00 3,0±1,32	12,5 10,9±4,86	44,0 41,3±10,96
İstatistiksel Analiz: KW/p	9,325/,009	10,474/,005	10,663/,005	3,111/,211	8,621/,013
Ağrının şiddeti***					
O anki ağrı					
İstatistiksel Analiz: r/p	,295/,008	,295/,008	,228/,042	-,015/,896	,245/,029
Hissedilen en kötü ağrı					
İstatistiksel Analiz: r/p	,504/<,001	,582/<,001	,416/<,001	,350/,001	,604/<,001
Hissedilen en az ağrı					
İstatistiksel Analiz: r/p	,431/<,001	,497/<,001	,449/<,001	,199/,076	,485/<,001

*Mann Whitney U Testi **Kruskal Wallis Testi ***Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 4.7.'de ağrının bazı tanımlayıcı özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; ağrının yeri ile MASF'nun tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı dikkati çekmektedir ($p>0,05$).

Ağrının bölgesi ile ilgili veriler incelendiğinde; kalçada ağrısı olanlar ile MASF'nun tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). MASF Algısal alt boyutu puan ortalamaları uyluk ve çevresinde ağrısı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede uyluk ve çevresindeki ağrı ile MASF'nın diğer alt boyut puanları arasında anlamlı ($p>0,05$) bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Baldır bölgesinde ağrısı olanların olmayanlara oranla tüm MASF alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, baldır bölgesindeki ağrı ile MASF tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre, baldır bölgesindeki ağrı arttıkça hastaların MASF alt boyutlarından Duyusal, Algısal, Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor puanları da artmaktadır. Ayak bölgesinde ağrı ile ilgili veriler incelendiğinde, baldır bölgesindeki ağrıyla benzer şekilde, ayaklardaki ağrı arttıkça hastaların MASF alt boyutlarından Duyusal, Algısal ve Değerlendirme puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrının zamanla ilişkisi incelendiğinde; genellikle ağrısı olduğunu belirten hastalardaki Duyusal ve Değerlendirme alt boyut puanlarının anlık ve geçici ağrısı olduğunu belirtenlere oranla daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Geçici ve genel olarak ağrısı olduğunu belirten hastalardaki Algısal ve Total Skor alt boyut puanlarının anlık ağrısı olduğunu belirtenlere oranla daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Hastaların ağrı şiddetine göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; o anki, hissedilen en kötü ve en az ağrı şiddetleri ile Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hissedilen en kötü ağrı şiddeti ile Ağrının Çeşitli Yönleri alt boyut puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.8. AİÖ ve ABÖ puanlarının MASF alt boyut puanlarının korelasyonu (N:80)

Ölçekler	MCGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)				
Alt Boyutlar	Duyusal* r / p	Algısal* r / p	Değerlendirme* r / p	Ağrının Çeşitli Yönleri* r / p	Total Skor* r / p
Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)					
AİÖ-O	,247/,027	,215/,055	,324/,003	,413/ <,001	,367/,001
AİÖ-P	,621/ <,001	,482/ <,001	,146/,195	,139/,220	,464/ <,001
Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ)					
Kendi kendine başa çıkma	-,087/,442	-,158/,161	-,299/,007	-,428/ <,001	-,306/,006
Çaresizlik	,643/ <,001	,631/ <,001	,476/ <,001	,446/ <,001	,722/ <,001
Bilinçli bilişsel girişimler	,095/,404	,032/, 778	-,097/,390	-,384/ <,001	-,097/,391
Tıbbi çare arama	,241/,031	,321/,004	,084/,461	,022/,850	,205/,068

*Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 4.8’de AİÖ ve ABÖ ile MASF alt boyut puanlarının korelasyonunlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların AİÖ-O alt boyut puanları incelendiğinde, Organik İnançlar alt boyut puanları ile MASF’ın Duyusal, Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların AİÖ-P alt boyut puanları ile MASF’ın Duyusal, Algısal ve Total Skor alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre, PAH’a bağlı deneyimledikleri ağrının organik kökenli olduğunu düşünen hastalarda MASF total ağrı skorunun arttığı, hissettikleri ağrı arttıkça ağrıya daha duyusal yaklaştıkları, ağrının çeşitli yönleri olduğunu düşündükleri ve ağrıyı daha çok değerlendirdikleri söylenebilir. PAH’a bağlı deneyimledikleri ağrının psikolojik kökenli olduğunu düşünen hastalarda da MASF total ağrı skorunun arttığı, hissettikleri ağrı arttıkça ağrıya daha duyusal yaklaştıkları ve daha çok algıladıkları bulunmuştur.

Hastaların ABÖ alt boyut puanları ile MASF alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyut puanlarıyla Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) korelasyon olduğu, ağrıyla kendi kendine daha iyi baş eden bireylerde hissedilen ağrının ve ağrı değerlendirmesinin daha az olduğu, ağrının çeşitli yönleri olduğu düşüncesinin yaygın olmadığı bulunmuştur.

Çaresizlik alt boyut puanlarıyla MASF’ın tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu; PAH’daki ağrı nedeniyle çaresiz kalan hastalarda MASF total ağrı skorunun yüksek olduğu, hissettikleri ağrının artmasıyla ağrıyı daha çok algıladıkları, daha

duyusal yaklaştıkları, ağrının çeşitli yönleri olduğunu düşündükleri ve daha çok değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanlarıyla sadece Ağrının Çeşitli Yönleri alt boyut puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu; PAH'daki ağrı nedeniyle bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullananların ağrının çeşitli yönleri olduğunu daha az düşündükleri belirlenmiştir.

Tıbbi Çare Arama alt boyut puanlarıyla sadece Duyusal ve Algısal alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu; PAH'daki ağrı nedeniyle tıbbi çare arayan hastalarda ağrı algısının da yüksek olduğu ve daha duyusal yaklaştıkları belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. AİÖ ve ABÖ puanlarının korelasyonu (N:80)

Değişkenler	ABÖ- Kendi kendine başa çıkma	ABÖ-Çaresizlik	ABÖ-Bilinçli Bilişsel Girişimler	ABÖ-Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
İstatistikler*	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p
AİÖ- O	-,427/,<,001	,258/,021	-,427/,<,001	-,008/,927	-	-,048/,671
AİÖ- P	,041/,720	,435/,<,001	,267/,017	,300/,007	-,048/,671	-
ABÖ-Kendi Kendine Başa Çıkma	-	-,284/,011	,572/,<,001	,217/,053	-	-
ABÖ-Çaresizlik	-	-	,058/,608	,426/,<,001	-	-
ABÖ-Bilinçli Bilişsel Girişimler	-	-	-	,275/,014	-	-
ABÖ-Tıbbi Çare Arama	-	-	-	-	-	-

*Spearman korelasyon testi

Çizelge 4.9.'da AİÖ ve ABÖ puanlarının korelasyonu ile ilgili bulgular yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; AİÖ-O puanları ile Kendi Kendine Başa Çıkma ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$), Çaresizlik alt boyut puanları arasında da pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre, ağrısının daha çok organik kökenli olduğuna inanan hastalarda kendi kendilerine ağrıyla başetmenin yeterli olmadığı, bilinçli bilişsel girişimleri daha az kullandıkları ve kendilerini daha fazla çaresiz hissettikleri söylenebilir.

AİÖ-P puanları ile Çaresizlik, Bilinçli Bilişsel Girişimler ve Tıbbi Çare Arama alt boyut puanları arasında da pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre,

ağrısının daha çok psikolojik kökenli olduğuna inanan hastaların kendilerini daha çaresiz hissettikleri, bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullandıkları ve daha çok tıbbi çare aradıkları söylenebilir.

ABÖ alt boyutları ile ilgili korelasyonlar incelendiğinde; Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyut puanları ile Çaresizlik alt boyutu puanları arasında negatif, Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ($p<0,05$) ilişki saptanmıştır. Buna göre, kendi kendine ağrıyla daha iyi başeden hastalarda çaresizliğin daha az olduğu ve bilinçli bilişsel girişimlerin daha fazla kullanıldığı söylenebilir.

Hastaların Tıbbi Çare Arama alt boyut puanları ile Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ($p<0,05$) ilişki saptanmıştır. Buna göre, ağrı nedeniyle çaresiz kalanların ve bilinçli bilişsel girişimleri daha fazla kullananların daha çok tıbbi çare arayışı içerisinde olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.10. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Sosyodemografik Özellikler	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Yaş* İstatistiksel Analiz: r/p	,142/,210	,123/,277	,298/,007	,136/,228	,189/,093
Cinsiyet**					
Kadın	21,0 20,5 $\pm$ 5,65	7,0 6,6 $\pm$ 3,50	4,0 3,5 $\pm$ 1,40	13,0 12,7 $\pm$ 4,59	49,0 43,3 $\pm$ 11,94
Erkek	20,0 19,4 $\pm$ 5,13	6,0 5,9 $\pm$ 3,07	3,0 2,9 $\pm$ 1,39	9,0 9,2 $\pm$ 4,33	39,0 37,5 $\pm$ 11,10
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,507/,612	-,845/,398	-1,424/,155	-2,426/,015	-1,826/,068
Eğitim durumu***					
İlkokul	22,0 21,2 $\pm$ 4,53	7,0 6,9 $\pm$ 2,87	4,0 3,4 $\pm$ 1,43	11,0 10,3 $\pm$ 4,36	44,0 41,8 $\pm$ 10,39
Ortaokul ve Lise	19,5 17,6 $\pm$ 5,90	4,5 4,2 $\pm$ 3,18	3,0 2,91 $\pm$ 1,19	10,0 10,1 $\pm$ 5,07	36,0 34,8 $\pm$ 12,40
Üniversite	16,0 16,9 $\pm$ 4,34	6,0 6,0 $\pm$ 2,89	2,0 2,0 $\pm$ 1,18	6,0 7,6 $\pm$ 4,15	33,0 32,6 $\pm$ 9,49
İstatistiksel Analiz: KW/p	10,582/,005	9,619/,008	9,619/,012	3,285/,193	8,795/,012
İlkokul-Ortaokul ve Lise	10,582/,040	9,619/,006	8,861/,718	3,285/,193	8,795/,090
İlkokul-Üniversite	10,582/,024	9,619/,100	8,861/,010	3,285/,193	8,795/,038
Ortaokul ve Lise-Üniversite	10,582/,100	9,619/,535	8,861/,196	3,285/,193	8,795/,100
Çalışma durumu**					
Çalışıyor	16,0 17,33 $\pm$ 4,35	5,0 4,56 $\pm$ 2,69	2,0 2,44 $\pm$ 1,50	4,0 6,56 $\pm$ 4,79	33,0 30,9 $\pm$ 9,62
Çalışmıyor	20,0 19,9 $\pm$ 5,27	7,0 6,2 $\pm$ 3,17	3,0 3,1 $\pm$ 1,38	11,0 10,3 $\pm$ 4,40	40,0 39,6 $\pm$ 11,31
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,573/,116	-1,689/,091	-1,424/,154	-2,362/,018	-2,195/,028

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Test

Çizelge 4.10. (devam) Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Sosyodemografik Özellikler	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Hipertansiyon**					
Var	20,0	7,0	3,0	11,0	40,5
	20,4±5,02	6,1±3,08	3,3±1,34	10,1±4,43	40,0±10,95
Yok	18,00	6,0	2,0	9,50	35,5
	17,5±5,29	5,6±3,37	2,5±1,43	9,1±4,98	34,6±12,09
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,945/,052	-,936/,349	-2,266/,023	-,892/,372	-1,685/,092
Koroner Arter Hastalığı**					
Var	20,5	7,0	3,0	10,5	40,5
	20,4±4,51	6,5±2,86	3,2±1,44	10,2±4,33	40,5±9,96
Yok	18,5	5,0	2,5	9,5	35,5
	17,8±6,29	4,8±3,52	2,8±1,29	9,0±5,08	34,3±13,53
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,953/,051	-2,213/,027	-1,223/,221	-1,117/,264	-1,934/,053
Hiperlipidemi**					
Var	20,0	6,0	3,0	10,0	39,0
	19,6±5,39	5,9±3,10	3,2±1,36	9,9±4,51	38,7±11,52
Yok	21,0	6,0	2,00	9,0	40,0
	19,9±3,79	6,6±3,67	2,1±1,45	9,6±5,31	38,1±11,20
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,092/,927	-,537/,591	-2,202/,028	-,092/,927	-,152/,879
Böbrek Hastalığı**					
Var	23,00	7,0	4,0	12,0	47,0
	22,89±4,91	7,4	4,1±1,26	10,1±4,25	44,6±11,13
Yok	20,0	6,0	3,0	10,0	39,0
	19,2±5,14	5,8±3,09	2,9±1,37	9,8±4,63	37,86±11,30
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,298/,022	-1,551/,121	-2,319/,020	-,191/,848	-2,050/,040
Beslenme alışkanlığı**					
Sebze ağırlıklı	21,0	6,0	3,0	12,0	44,0
	20,6±5,15	6,2±3,03	3,2±1,40	11,2±4,48	41,4±11,44
Et ağırlıklı	20,0	6,0	3,0	7,0	37,0
	18,9±5,20	5,9±3,25	2,9±1,40	8,9±4,46	36,7±11,12
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,554/,120	-,246/,805	-,834/,404	-2,139/,032	-1,722/,085
Egzersiz yapma alışkanlığı**					
Evet	18,0	4,0	2,0	6,0	32,0
	16,7±6,021	4,2±3,073	1,6±,527	7,0±4,21	29,4±9,08
Hayır	20,0	7,0	3,0	11,0	40,0
	20,0±5,031	6,2±3,10	3,2±1,36	10,2±4,51	39,8±11,20
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,535/,125	-1,789/,074	-3,478/,001	-1,911/,056	-2,637/,008
Sigara içme alışkanlığı**					
Evet	19,0	5,5	3,0	9,5	33,0
	18,6±4,86	5,1±3,33	2,8±1,32	9,1±4,77	35,5±11,48
Hayır	21,5	7,0	3,5	11,0	43,0
	20,6±5,39	6,8±2,77	3,3±1,44	10,6±4,31	41,3±10,72
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,913/,056	-2,288/,022	-1,679/,093	-1,514/,130	-2,532/,011

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Test

Çizelge 4.10.'da hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların yaşına göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; ağrının özelliğini değerlendirme puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu durumda hastaların artan yaşla doğru orantılı olarak ağrının özelliğini daha iyi değerlendirebildikleri söylenebilir.

Kadınların MASF alt boyut puan ortalamalarının erkeklerle oranla daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece Ağrının Çeşitli Yönleri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadınların erkeklerle oranla ağrının özelliğini değerlendirirken çeşitli yönlerini daha iyi tanımlayabildikleri söylenebilir.

Hastaların eğitim durumlarına göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, ilkökul mezunlarının ortaokul ve lise mezunlarına göre Duyusal ve Algısal, üniversite mezunlarına göre Duyusal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puanlarında anlamlı yükseklik olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Hastaların çalışma durumlarına göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; çalışmayanların MASF alt boyut puan ortalamaları çalışanlara oranla daha yüksek olduğu, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu durum da çalışmayan hastaların ağrı çeşitli yönleriyle daha fazla ele aldıkları ve daha kapsamlı nitelendirdikleri söylenebilir.

Kronik hastalıklara göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; HT ve HL ile Değerlendirme, KAH İle Algısal, böbrek hastalığı ile Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, kronik hastalığı olan bireylerde ağrının ve özelliklerinin daha çok algılandığı ve daha fazla değerlendirildiği söylenebilir.

Çalışmada, sebze ağırlıklı beslenme alışkanlığı olanlarda Ağrının Çeşitli Yönleri alt boyut puan ortalamalarının et ağırlıklı beslenme alışkanlığı olanlara göre daha yüksek olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Buna göre sebze ağırlıklı beslenme alışkanlığı olanların et ağırlıklı beslenme alışkanlığı olanlara göre ağrıyı çeşitli yönleriyle daha kapsamlı değerlendirdikleri söylenebilir.

Egzersiz yapma alışkanlığı ile ilgili verilere bakıldığında; egzersiz yapan hastalarda tüm MASF alt boyut puan ortalamalarının yapmayanlara oranla daha düşük olduğu, egzersiz yapmayanlarda ağrının Duyusal, Algısal, Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece Değerlendirme

ve Total Skor alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir.

Sigara içme alışkanlığına göre MASF puanları incelendiğinde; sigara içenlerin MASF alt boyut puan ortalamalarının içmeyenlere oranla daha düşük olduğu, ancak bunun sadece MASF'nun Algısal ve Total Skor alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu saptanmıştır. Buna göre sigara içmeyenlerin ağrıyı daha fazla algılamaya ve özelliklerini tanımlamaya çalıştıkları söylenebilir.

Araştırmada hastaların BKİ, medeni durumu, gelir düzeyi, evde birlikte yaşadığı kişiler, PAH dışında kronik hastalık durumu, Diabetes Mellitus, Kronik Obstrüktif Akciğer ve alkol kullanıma alışkanlığına göre MASF'nun alt boyut puan ortalamaları değerlendirilmiş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Ek Çizelge 8.1.).

Çizelge 4.11. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
PAH ile ilgili şikayet sayısı*					
İstatistiksel Analiz: r/p	,419/<,001	,285/,010	,427/<,001	,109/,336	,365/,001
Ağrı şikayeti süresi*					
İstatistiksel Analiz: r/p	,812/<,001	,804/<,001	,657/<,001	,139/,218	726/<,001
Ekstremitelerde soğukluk hissi**					
Var	21,0 20,3±5,01	7,0 6,4±3,05	3,0 3,3±1,35	11,0 10,5±4,42	40,0 40,6±10,74
Yok	18,0 17,4±5,35	6,0 4,7±3,21	2,0 2,3±1,28	6,0 7,8±4,58	33,0 32,2±11,43
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,132/,033	-1,944/,052	-2,837/,005	-2,174/,030	-2,705/,007
Ekstremitelerde yanma hissi**					
Var	22,0 21,2±4,95	7,0 6,4±2,97	3,0 3,4±1,37	10,5 10,1±4,35	40,5 41,3±11,18
Yok	19,0 18,1±5,04	6,0 5,6±3,30	2,0 2,7±1,34	8,5 9,6±4,81	36,0 35,9±11,13
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,779/,005	-1,111/,267	-2,380/,017	-5,17/,605	-2,037/,042
Yürüme mesafesinde azalma süresi*					
İstatistiksel Analiz: r/p	,186/,098	,238/,033	,442/<,001	,140/,215	,248/,026
Uyku düzeninde bozulma**					
Var	22,0 21,6±4,74	7,0 7,4±2,58	4,0 3,6±1,42	12,0 10,9±4,53	47,0 43,6±10,04
Yok	19,0 17,9±5,03	6,0 4,8±3,13	2,0 2,6±1,19	8,0 8,9±4,45	34,5 34,1±10,78
İstatistiksel Analiz: Z/p	-3,285/,001	-3,653/<,001	-3,358/,001	-1,765/,078	-3,848/<,001

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.11. (devam) Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
PAH evreleri***					
Klaudikasyon	19,0	6,0	2,0	9,0	35,0
İskemi	18,1±5,03	5,0±3,16	2,6±1,21	9,2±4,34	34,9±10,77
Ülserasyon / Gangren	22,0	7,0	4,0	12,0	46,0
	21,6±4,10	7,0±2,64	3,6±1,47	10,5±4,91	43,0±10,25
İstatistiksel Analiz: KW/p	21,0	9,0	4,0	12,0	48,0
	21,9±7,42	8,0±3,00	3,7±1,38	11,6±4,39	45,1±12,14
	9,856/,007	10,098/,006	10,397/,006	2,324/,313	10,151/,001
İnvaziv girişim uygulanma durumu**					
Evet	21,5	7,0	3,0	9,0	40,0
Hayır	20,52±5,18	6,45±2,94	3,02±1,42	9,43±4,30	39,43±10,28
	19,5	6,0	3,0	12,0	36,5
İstatistiksel Analiz: Z/p	18,63±5,14	5,50±3,33	3,08±1,40	10,32±4,86	37,71±12,63
	-1,957/,050	-1,292/,196	-,143/,886	-,682/,495	-,627/,531
Ağrının en yoğun yaşandığı zaman dilimi**					
Gündüz	20,0	6,0	3,0	10,0	38,0
Gündüz ve Gece	19,1±5,00	5,5±3,11	2,8±1,28	9,9±4,65	37,2±10,99
	22,0	7,0	4,5	11,5	47,5
İstatistiksel Analiz: Z/p	21,4±5,58	7,5±2,87	3,8±1,55	9,9±4,45	42,8±11,95
	-1,989/,047	-2,359/,018	-2,532/,011	-,078/,938	-2,052/,040
İstirahat halinde ağrı varlığı**					
Evet	22,0	7,0	4,0	12,0	47,5
Hayır	21,6±4,86	7,2±2,74	3,7±1,43	10,9±4,76	43,6±10,63
	19,0	6,0	2,0	8,5	35,5
İstatistiksel Analiz: Z/p	18,2±5,05	5,1±3,14	2,6±1,20	9,1±4,32	35,0±10,67
	-2,894/,004	-3,013/,003	-3,402/,001	-1,563/,118	-3,493/,<,001
Ortalama ağrısız yürüme mesafesi*					
İstatistiksel Analiz: r/p	-,458/,<,001	-,366/,001	-,418/,<,001	-,275/,014	-,486/,<,001
Günlük Aktivitelerim için başkalarından yardım istememe neden oldu**					
Evet	21,0	7,0	3,0	11,0	43,0
Hayır	21,0±4,38	6,6±3,91	3,4±1,35	10,2±4,41	41,3±10,35
	16,0	4,0	2,0	8,0	32,0
İstatistiksel Analiz: Z/p	15,2±5,33	4,00±3,12	2,1±1,07	8,8±5,02	30,0±10,59
	-3,855/,<,001	-3,187/,001	-3,611/,<,001	-1,124/,261	-3,68/,<,001
Ağrı Nedeniyle Uyku Düzenim Bozuldu**					
Evet	22,0	7,0	4,0	12,0	47,0
Hayır	21,7±4,71	7,4±2,60	3,7±1,37	10,9±4,59	43,9±10,02
	19,0	6,0	2,0	8,0	34,0
İstatistiksel Analiz: Z/p	17,8±4,98	4,8±3,09	2,5±1,20	9,0±4,40	34,1±10,65
	-3,503/,<,001	-3,712/,<,001	-3,698/,<,001	-1,778/,075	-4,004/,<,001
Çalışma yaşamımı sınırladı**					
Evet	19,5	5,0	3,0	4,5	34,0
Hayır	18,9±3,95	5,4±2,79	3,0±1,56	7,3±4,66	34,6±9,39
	20,0	7,0	3,0	11,0	39,5
İstatistiksel Analiz: Z/p	19,7±5,38	6,1±3,20	3,1±1,39	10,2±4,47	39,2±11,62
	-,598/,550	-1,100/,271	-,156/,876	-1,979/,048	-1,354/,176
Sosyal yaşamımı sınırladı**					
Evet	20,0	6,0	3,0	11,0	39,0
Hayır	20,0±4,93	6,1±2,98	3,2±1,39	10,0±4,56	39,3±10,98
	19,0	1,0	2,0	7,0	32,0
İstatistiksel Analiz: Z/p	15,6±8,05	4,0±5,05	1,6±,548	7,4±4,33	28,6±14,55
	-1,096/,284	-,982/,341	-2,448/,014	-1,107/,284	-1,641/,105
Ağrı olduğunda olumsuz duygular hissediyorum**					
Evet	21,0	7,0	3,0	11,0	40,5
Hayır	20,8±4,45	6,5±2,79	3,3±1,34	10,2±4,48	40,9±9,99
	13,5	1,0	2,0	7,0	27,5
İstatistiksel Analiz: Z/p	13,3±4,90	3,0±3,46	1,8±1,11	7,7±4,63	25,83±10,89
	-4,108/,<,001	-3,166/,002	-3,360/,001	-1,664/,096	-3,797/,<,001

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.11.'de hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların PAH ile ilgili şikayet sayıları ile MASF'nun Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, hastaların PAH ile ilgili şikayetlerinin süresi ve sayısı sayısı arttıkça ağrının özelliklerini daha iyi değerlendirebildikleri, daha çok algıladıkları ve daha duysal yaklaştıkları, buna paralel olarak ağrı deneyimlerinin de arttığı söylenebilir.

PAH'a bağlı şikayetlere göre MASF puanları incelendiğinde; ekstremitelerinde soğukluk hissi olan hastaların olmayanlara oranla MASF alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Duyusal, Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Ekstremitelerinde yanma hissi olduğunu belirten hastaların MASF alt boyut puanlarının yanma hissi olmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve Duyusal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu saptanmıştır. Yürüme mesafesinde azalma süresi ile Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur. Uyku düzeninde bozulma şikayeti olanlarda MASF alt boyut puanlarının olmayanlara oranla daha yüksek olduğu, bunun sadece Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, hastaların bacak kollarında dökülme ve ekstremitelerde solukluk şikayetleri ile MASF'nun alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$), bacak kollarında dökülme süresi ile Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır (Ek Çizelge 8.2).

PAH evrelerine göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; ülserasyon / gangren ve iskemi evresinde olan hastaların tüm alt boyut puan ortalamalarının klaudikasyon evresindekilere oranla yüksek olduğu, bunun Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte klaudikasyon-iskemi grubunda tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre; hastalık evresi ilerledikçe hastaların daha fazla ağrıyı

deneyimledikleri, daha çok algıladıkları, daha duysal yaklaştıkları ve buna paralel olarak daha çok değerlendirdikleri söylenebilir.

İnvaziv tedavi alan hastalarda Duyusal alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre; invaziv tedavi olan hastaların ağrıyı duysal boyutta daha fazla değerlendirdikleri söylenebilir. Çizelgede yer almamakla birlikte, hastaların PAH nedeniyle cerrahi girişim uygulanma, ilaç kullanma ve düzenli ilaç kullanma durumları değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Ek Çizelge 8.2).

Hastaların deneyimledikleri ağrı ve ağrının günlük yaşamlarına etkileri ile MASF alt boyut puanları incelendiğinde; ağrıyı en yoğun “gündüz ve gece” yaşayanların, istirahat halinde de ağrısı olanların MASF tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bunun Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p<0,05$) oluşturduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sürekli ve istirahat halinde ağrısı olan hastalarda ağrıyı daha çok algıladıkları, daha duysal yaklaştıkları ve daha çok değerlendirdiklerini göstermektedir.

Hastaların ortalama ağrısız yürüme mesafesi ve MASF tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastaların ortalama ağrısız yürüme mesafesi azaldıkça, ağrının duysal, algısal, değerlendirme ve ağrının çeşitli yönleri durumlarının olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Hastalardan günlük aktiviteler için başkalarından yardım alanların, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulanların ve olumsuz duygular hissettiğini belirtlenlerin MASF alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan değerlendirmede, bunun sadece Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre; günlük aktiviteleri için başkalarından yardım isteyenlerin, uyku düzeni bozulan ve ağrı olduğunda olumsuz duygular hissedenlerin ağrıyı; duysal, algısal, değerlendirme durumlarının olumsuz yönde etkilendiğini söylenebilir.

Hastalardan PAH'taki ağrının çalışma yaşamını sınırlamadığını belirtenlerin MASF alt boyut puan ortalamalarının sınırladığını belirtenlere oranla daha düşük olduğu, bunun sadece Ağrının Çeşitli Yönleri alt boyutu yönünden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir.

Hastalardan PAH'taki ağrının sosyal yaşamını sınırladığını belirtenlerin MASF alt boyut puan ortalamaları sınırlamadığını belirtenlere oranla daha yüksek olduğu, bunun sadece Değerlendirme alt boyutu yönünden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Sosyal yaşamı sınırlanan hastaların ağrıyı daha fazla değerlendirdikleri söylenebilir.

Çizelge 4.12. Bazı sosyodemografik özelliklerin ABÖ ve AİÖ puanlarıyla karşılaştırılması (N:80).

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Yaş* İstatistiksel Analiz: r/p	-,110/,331	,256/,022	-,165/,144	-,097/,391	,199/,077	,027/,814
BKİ * İstatistiksel Analiz: r/p	-,172/,127	,132/,242	-,141/,212	,061/,593	,235/,035	,028/,805
Cinsiyet** Kadın	5,0 7,6±4,85	18,0 16,5±4,51	3,0 4,7±3,26	5,0 6,5±3,90	5,6 5,6±4,16	1,5 1,5±,657
Erkek	7,0 8,0±4,67	14,0 13,1±4,64	4,0 4,5±2,53	6,0 6,0±2,55	5,3 5,2±,531	1,5 1,6±,688
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,728/,467	-2,750/,006	-,264/,792	-,006/,995	-3,109/,002	-,590/,555
Eğitim durumu*** İlkokul	5,0 8,0±4,98	16,0 15,0±4,42	3,0 4,6±2,88	6,0 6,5±2,97	5,5 5,5±,462	1,8 1,7±,709
Ortaokul ve Lise	6,0 6,9±3,25	12,0 11,8±5,13	4,00 4,0±1,75	5,0 5,0±2,35	5,3 5,3±,408	1,4 1,3±,643
Üniversite	8,0 9,7±5,15	13,00 12,5±4,15	4,0 5,5±3,07	5,0 6,3±2,79	4,8 4,7±,604	1,5 1,5±,497
İstatistiksel Analiz: KW/p	2,253/,324	9,236/,010	2,132/,344	2,432/,296	16,235/<,001	4,447/,108
Çalışma durumu** Çalışıyor	12,0 11,1±6,99	12,0 11,9±3,51	5,0 5,9±3,95	7,0 6,8±2,38	4,8 4,7±,773	1,5 1,4±,674
Çalışmıyor	6,0 7,5±4,20	15,0 14,0±4,88	4,0 4,4±2,44	5,0 6,0±2,89	5,4 5,4±,451	1,5 1,6±,681
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,422/,155	-1,717/,086	-1,259/,208	-1,173/,241	-2,593/,010	-,576/,565
Hipertansiyon** Var	6,00 7,56±4,18	15,00 14,00±5,00	3,50 4,30±2,33	5,50 5,95±2,58	5,37 5,38±,497	1,50 1,55±,710
Yok	7,00 8,90±5,94	14,00 13,10±4,07	4,00 5,20±3,47	5,50 6,35±3,54	5,12 5,03±,576	1,50 1,46±,586
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,365/,715	-1,086/,277	-1,088/,276	-,389/,698	-2,322/,020	-,526/,599

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.12. (devam) Bazı sosyodemografik özelliklerin ABÖ ve AİÖ puanlarıyla karşılaştırılması (N:80).

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Koroner Arter Hastalığı** Var	6,00 7,48±4,51	15,50 14,62±4,63	3,00 4,41±2,49	6,00 6,25±3,04	5,37 5,36±,542	1,50 1,60±,658
Yok	7,00 8,87±5,00	13,00 11,79±4,61	4,00 4,79±3,07	5,00 5,58±2,28	5,31 5,13±,491	1,37 1,37±,714
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,251/,211	-2,569/,010	-,530/,596	-,585/,558	-1,957/,050	-1,640/,101
Böbrek Hastalığı** Var	7,00 7,77±3,76	19,00 17,33±4,94	4,00 4,55±2,35	8,00 7,22±3,52	5,25 5,29±,609	1,75 1,72±,440
Yok	6,00 7,91±4,80	14,00 13,32±4,60	4,00 4,52±2,71	5,00 5,90±2,73	5,37 5,29±,530	1,50 1,51±,702
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,388/,735	-2,710/,007	-,311/,756	-,949/,343	-,023/,982	-1,082/,279
Hiperlipidemi** Var	6,00 7,66±4,48	14,00 13,63±4,96	4,00 4,38±2,53	5,00 5,80±2,71	5,37 5,31±,553	1,50 1,51±,657
Yok	8,00 9,77±5,99	15,00 14,88±2,97	4,00 5,66±3,53	8,00 8,00±3,20	5,25 5,15±,363	1,50 1,66±,866
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,068/,285	-,374/,708	-1,111/,267	-2,191/,028	-1,178/,239	-,476/,634
Egzersiz yapma alışkanlığı** Evet	8,00 11,22±5,14	12,00 10,33±5,09	5,00 6,55±3,08	5,00 5,88±3,51	5,00 4,93±,451	1,50 1,75±,649
Hayır	6,00 7,47±4,48	15,00 14,21±4,59	3,00 4,26±2,51	6,00 6,07±2,76	5,37 5,34±,530	1,50 1,50±,682
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,567/,010	-2,282/,022	-2,711/,007	-,286/,755	-2,647/,008	-,844/,399
Sigara içme alışkanlığı** Evet	8,00 8,50±4,83	12,00 11,73±5,06	4,00 4,57±2,8	5,00 5,65±2,81	43,00 42,05±4,15	6,00 5,81±2,65
Hayır	5,50 7,35±4,52	16,00 15,61±3,68	3,50 4,47±2,4	6,00 6,40±2,84	42,50 42,64±4,43	6,00 6,42±2,76
İstatistiksel Analiz: Z/p	1,260/,208	-3,734/,000	-,079/,937	-1,372/,170	-,658/,510	-,830/,406
Alkol kullanma alışkanlığı** Evet	8,00 8,54±5,10	14,00 13,27±4,26	4,00 4,81±2,13	6,00 6,00±2,86	5,00 4,80±,678	1,50 1,54±,522
Hayır	6,00 7,79±4,64	15,00 13,85±4,88	4,00 4,47±2,75	5,00 6,05±2,85	5,37 5,37±,470	1,50 1,53±,704
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,473/,637	-,476/,634	-1,083/,279	-,149/,882	-2,639/,008	-,120/,905

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.12’de bazı sosyodemografik özelliklerin ABÖ ve AİÖ puanlarıyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yapılan değerlendirmede, hastaların yaş ile ABÖ Çaresizlik alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu, AİÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Buna göre; hastaların yaşlandıkça çaresizliğinin arttığı ve ağrının kökenini fiziksel ya da psikolojik olarak değerlendirmede yaşın bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Hastaların BKİ ve AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunurken, BKİ ve ABÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre; BKİ yüksek olan hastaların ağrının organik kökenli olduğunu düşündüğü ve BKİ’nin ağrıyla başetmeyi etkilemediği söylenebilir.

Kadın hastalarda Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamalarının erkek hastalara oranla daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kadınların deneyimledikleri ağrının organik kökenli olduğunu ve ağrıyla başetmede çaresiz kaldıklarını göstermektedir. Kadınların ağrıyla başetmede daha çaresiz kaldığını ve ağrının organik kökenli olduğuna inandıklarını göstermektedir.

Hastaların eğitim durumu ile Çaresizlik AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu saptanmıştır. Çizelgede belirtilememekle birlikte, yapılan istatistiksel değerlendirmede, AİÖ-O alt boyut puanlarının ilkökul mezunlarında üniversite mezunlarına göre ($p<0,05$), ortaokul ve lise mezunlarında üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$); Çaresizlik alt boyut puanlarının ilkökul mezunlarında ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Bu sonuç, eğitim durumu yükseldikçe ağrının organik inançlar puanı ve çaresizlik puanının azaldığını, artan eğitim durumuyla birlikte ağrıyla başetmede çaresizliğin ve ağrının organik kökenli olduğuna dair inancın azaldığını göstermektedir.

Hastaların çalışma durumu ve AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), çalışmayan hastaların organik inançlar puanının çalışan hastalara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre; çalışmayan hastaların ağrının kaynağının fiziksel bir nedene bağlı olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Hastaların kronik hastalıkları ile ABÖ ve AİÖ puanları incelendiğinde; HT olan hastalarda AİÖ-O, KAH olanlarda Çaresizlik ve AİÖ-O, Böbrek Hastalığı olanlarda Çaresizlik ve HL olanlarda Tıbbi Çare Arama puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Buna göre; HT ve KAH olan hastalar ağrının organik kökenli olduğuna, KAH ve böbrek hastalığı olanların ağrıyla başetmekte daha çaresiz oldukları, HL olanların ağrıyla başetmek için tıbbi çare arayışının daha fazla olduğu söylenebilir.

Hastaların egzersiz yapma alışkanlığı ile ABÖ 'nin Kendi Kendine Başa Çıkma, Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler ile AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) bulunmuştur. Buna göre düzenli egzersiz alışkanlığı olan hastalar yapmayanlara oranla ağrı ile kendi kendine daha iyi başetmekte ve bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullanmaktadır. Ayrıca egzersiz yapmayan hastaların ağrının organik bir kökeni olduğuna inanıp ağrıyla başetme de çaresiz kaldıkları söylenebilir.

Hastaların sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre ABÖ ve AİÖ puanları incelendiğinde; sigara içmeyenlerin Çaresizlik, alkol kullanmayanların da AİÖ-O puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Bu sonuç, sigara içmeyenlerin daha fazla çaresizlik hissettiğini, içenlerin sigarayı olumsuz bir başetme yöntemi olarak kullanmaları nedeniyle daha az çaresizlik hissettiğini, alkol kullanmayanların da ağrının organik bir kökeni olduğuna inandığını göstermektedir.

Çalışmada ayrıca medeni durum, gelir düzeyi, evde birlikte yaşanan kişiler, PAH dışında kronik hastalık durumu, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve beslenme alışkanlığı ile ABÖ ve AİÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Ek Çizelge 8.3.).

Çizelge 4.13. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ABÖ ve AİÖ puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
PAH ile ilgili şikayet sayısı* İstatistiksel Analiz: r/p	,047/,680	,552/<,001	,191/,090	,217/,053	,071/,534	,174/,123
Ektremitede soğukluk hissi** Var	7,0 8,19±5,06	15,0 15,19	4,0 4,78±2,88	6,0 6,52±2,84	5,3 5,32±,470	1,5 1,60±,646
Yok	6,0 6,94±3,04	10,0 9,21±4,96	3,0 3,68±1,60	5,0 4,52±2,24	5,4 5,19±,712	1,3 1,30±,748
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,331/,741	-4,376/<,001	-1,390/,164	-2,510/,012	-,261/,794	-1,419/,156
Ektremitede solukluk** Var	9,5 10,91±6,27	16,5 16,66±3,42	5,5 6,41±4,27	8,0 8,25±4,49	5,3 5,28±,423	1,5 1,45±,601
Yok	6,0 7,36±4,17	14,0 13,26±4,82	4,0 4,19±2,15	5,0 5,66±2,26	5,4 5,29±,556	1,5 1,54±,695
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,877/,060	-2,182/,029	-1,643/,100	-1,946/,052	-,514/,607	-,584/,559
Ektremitede yanma hissi** Var	7,0 8,50±5,21	16,0 15,22±3,89	4,0 4,95±3,01	6,0 6,57±2,67	5,4 5,27±,553	1,5 1,67±,633
Yok	6,0 7,30±4,05	14,0 12,32±5,18	3,0 4,10±2,22	5,0 5,52±2,92	5,4 5,31±,523	1,5 1,39±,702
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,806/,420	-2,504/,012	-1,286/,198	-1,614/,107	-,363/,717	-1,634/,102
Yürüme mesafesinde azalma süresi* İstatistiksel Analiz: r/p	,003/,982	,299/,007	-,031/,782	,144/,202	,127/,263	,057/,616
Uyku düzeninde bozulma** Var	5,0 7,05±4,61	17,0 16,92±2,69	4,0 4,57±2,88	7,0 6,81±2,79	5,5 5,42±,540	1,5 1,59±,579
Yok	7,5 8,66±4,66	12,0 10,92±4,74	4,0 4,47±2,49	5,0 5,35±2,72	5,3 5,17±,509	1,4 1,47±,760
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,247/,025	-5,907/<,001	-,039/,969	-2,305/,021	-2,410/,016	-1,068/,285
PAH evreleri*** Klaudikasyon	7,0 8,04±4,53	13,0 11,64±4,58	3,0 4,15±2,24	5,0 5,62±2,56	5,3 5,16±,559	1,5 1,48±,715
İskemi	5,0 7,21±4,70	16,5 17,85±3,62	4,0 4,64±2,85	5,0 6,10±2,61	5,6 5,47±,485	1,5 1,61±,575
Ülserasyon / Gangren	11,0 9,71±5,67	18,0 17,85±3,62	7,0 6,42±3,82	7,0 8,57±4,27	5,3 5,37±,381	1,5 1,53±,883
İstatistiksel Analiz: KW/p	2,238/,327	23,389/<,001	2,720/,257	3,318/,190	5,653/,059	1,424/,491
İlaçları düzenli kullanma durumu** Evet	6,0 7,89±4,63	14,0 13,29±4,82	3,5 4,23±2,48	5,0 5,62±2,39	5,4 5,31±,488	1,5 1,46±,680
Hayır	5,0 8,27±5,65	17,0 17,27±3,31	4,0 5,72±3,34	8,0 8,45±4,25	5,4 5,48±,372	1,5 1,68±,560
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,333/,739	-2,643/,008	-1,653/,098	-1,982/,047	-,888/,374	-1,042/,297
İnvaziv girişim uygulanma durumu** Evet	7,0 8,52±4,93	15,0 14,50±4,32	4,0 4,95±3,13	7,0 6,85±3,30	5,3 5,20±,62	1,8 1,69±,60
Hayır	5,5 7,21±4,93	14,0 12,97±5,17	3,50 4,05±1,95	5,0 5,15±1,88	5,4 5,39±,42	1,5 1,36±,72
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,415/,157	-1,169/,242	-,949/,343	-2,451/,014	-1,225/,221	-2,093/,036
Ağrının en yoğun yaşandığı zaman dilimi** Gündüz	6,5 7,70±4,45	14,0 12,63±4,59	3,0 4,11±2,28	5,0 5,65±2,60	5,4 5,30±,56	1,50 1,55±,70
Gündüz ve Gece	6,5 8,50±5,37	18,0 17,20±3,62	4,5 5,75±3,35	7,0 7,25±3,22	5,3 5,26±,48	1,50 1,47±,61
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,550/,583	-3,938/<,001	-2,443/,015	-1,931/,053	-,603/,547	-,319/,750

*Spearman korelasyon test **Mann Whitney U Test ***Kruskal Wallis Test

Çizelge 4.13. (devam) Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ABÖ ve AİÖ puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
İstirahat halinde ağrı varlığı**						
Evet	5,0 7,44±4,72	17,0 16,50±3,53	4,0 4,85±3,01	5,5 6,41±2,94	5,5 5,44±,46	1,5 1,56±,61
Hayır	7,0 8,23±4,67	13,00 11,76±4,60	3,50 4,28±2,38	5,50 5,78±2,75	5,25 5,18±,56	1,50 1,51±,73
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,194/,233	-4,577/<,001	-,834/,404	-,764/,445	-2,019/,043	-,505/,613
Ortalama ağrısız yürüme mesafesi*						
İstatistiksel Analiz: r/p	,280/,012	-,632/<,001	-,121/,286	-,088/,438	-,139/,217	-,326/,003
Günlük Aktivitelerim İçin Başkalarından Yardım İstememe Neden Oldu**						
Evet	5,0 7,37±4,46	16,0 14,96±4,14	4,0 4,47±2,63	6,0 6,31±2,85	5,5 5,43±,433	1,5 1,60±,659
Hayır	8,0 9,57±5,13	11,0 9,94±4,77	4,0 4,68±2,84	5,0 5,21±2,67	5,0 4,85±,604	1,3 1,30±,709
İstatistiksel Analiz: Z/p	-2,192/,028	-3,882/<,001	-,242/,809	-1,094/,274	-3,669/<,001	-1,624/,104
Ağrı Nedeniyle Uyku Düzenim Bozuldu**						
Evet	5,0 7,18±4,59	17,0 16,91±2,73	4,0 4,62±2,90	7,0 6,75±2,81	5,5 5,47±455	1,5 1,58±,583
Hayır	7,0 8,51±4,71	12,0 11,06±4,51	4,0 4,44±2,47	5,5 6,05±2,83	5,3 5,13±,555	1,5 1,48±,755
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,866/,062	-5,728/<,001	-,182/,855	-2,039/,041	-2,792/,005	-,866/,387
Çalışma Yaşamımı Sınırladı**						
Evet	9,5 11,00±7,39	13,0 13,20±2,04	5,0 6,00±3,85	7,0 7,10±1,96	4,9 4,91±,62	1,6 1,50±,81
Hayır	6,0 7,45±4,04	15,0 13,85±5,05	4,0 4,31±2,41	5,0 5,90±2,91	5,4 5,35±,50	1,50 1,53±,66
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,256/,209	-1,160/,246	-1,484/,138	-1,762/,078	-2,215/,027	-,022/,982
Sosyal Yaşamımı Sınırladı**						
Evet	6,0 7,74±4,65	15,0 14,05±4,71	4,0 4,46±2,59	5,0 6,05±2,80	5,4 5,32±,53	1,5 1,56±,67
Hayır	8,0 10,20±4,96	9,0 9,60±4,15	4,0 5,40±3,84	6,0 6,00±3,67	5,0 4,90±,46	1,0 1,10±,80
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,676/,100	-2,102/,034	-,659/,536	-,131/,908	,065/0,66	-1,443/,157
Ağrı Olduğunda Olumsuz Duygular Hissediyorum**						
Evet	5,5 7,70±4,85	15,0 14,58±4,25	3,5 4,52±2,81	6,0 6,25±2,83	5,4 5,38±,444	1,5 1,60±,63
Hayır	8,0 9,00±3,51	9,0 9,16±5,49	4,0 4,50±1,67	5,0 4,91±2,71	5,0 4,79±,73	1,0 1,12±,84
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,918/,055	-3,202/,001	-,956/,339	-1,291/,197	-2,762/,006	-1,888/,059

*Spearman korelasyon test **Mann Whitney U Test ***Kruskal Wallis Test

Çizelge 4.13.'te hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ABÖ ve AİÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların PAH ile ilgili şikayet sayıları ile Çaresizlik alt buyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre; hastaların hastalıkla ilgili şikayetleri arttıkça ağrıyla başetmede daha çaresiz kaldıkları söylenebilir.

PAH'a bağılı şikayetlere göre ABÖ ve AİÖ puanları incelendiğinde; ekstremitelerinde soğukluk hissi olanlarda Çaresizlik ve Tıbbi Çare, solukluk ve yanma hissi olanlarda da Çaresizlik alt boyut puan ortalamalarının olmayanlara oranla anlamlı derecede ($p<0,05$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, yürüme mesafesinde azalma süresi ile Çaresizlik puanları arasında da pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre; ekstremitelerinde soğukluk, solukluk ve yanma hissi olan, yürüme mesafesi gittikçe azalan hastaların ağrıyla başetme konusunda daha çaresiz kaldıkları, ekstremitelerinde soğukluk hissini deneyimleyenlerin daha fazla tıbbi çare arayışı içinde oldukları söylenebilir. Çizelgede belirtilememekle birlikte, ekstremitede soğukluk hissi süresi ile Tıbbi Çare Arama puanları, bacak kollarında dökülme süresi ile Kendi Kendine Başa Çıkma puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Uyku düzeninde bozulma şikayeti ile Kendi Kendine Başa Çıkma, Çaresizlik, Tıbbi Çare Arama ile AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, uyku düzeni bozulan hastaların ağrının çoğunlukla fizyolojik bir kaynağı olduğuna inandıklarını, ağrıyla kendi kendine başa çıkmada yetersiz kaldıklarını, çaresizlik hissettiklerini ve daha çok tıbbi çare aramaya yöneldiklerini göstermektedir.

PAH evrelerine göre ABÖ ve AİÖ alt boyut puanları incelendiğinde; ülserasyon / gangren ve iskemi evresinde olan hastaların Çaresizlik alt boyut puan ortalamalarının klaudikasyon evresindekilere oranla yüksek olduğu, bunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Çizelgede belirtilememekle birlikte, evre ilerledikçe çaresizlik puan ortalamalarının arttığı, klaudikasyon ile iskemi ve klaudikasyon ile ülserasyon/gangren grupları arasında Çaresizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark olduğu belirlenmiştir.

PAH ile ilgili ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalarda Çaresizlik ve Tıbbi Çare Arama puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ilaçlarını düzenli kullanan hastalarda çaresizlik hissi ve tıbbi çare arama ihtiyacının daha az olduğunu göstermektedir.

İnvaziv tedavi alan hastalarda Tıbbi Çare Arama ve AİÖ-P puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Buna göre; invaziv tedavi olan hastalarda tıbbi çare arama ihtiyacının arttığı ve ağrının psikolojik nedenlere bağlı oluşuna inandıkları söylenebilir.

Hastaların deneyimledikleri ağrı ve ağrının günlük yaşamlarına etkileri ile ABÖ ve AİÖ puanları incelendiğinde; ağrıyı en yoğun gündüz ve gece yaşayanlarda Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. İstirahat halinde de ağrısı olan hastalarda Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sürekli ve istirahat halinde ağrısı olan hastaların kendilerini daha çaresiz hissettiklerini, istirahat halinde ağrısı olanların ağrının organik kökenli olduğuna inandıklarını, sürekli ağrısı olanların da bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullanmaya yöneldiklerini göstermektedir.

Hastaların ortalama ağrısız yürüme mesafesi ile ABÖ ve AİÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyutu ile pozitif yönlü, anlamlı ($p<0,05$); Çaresizlik ve AİÖ-P alt boyutları ile negatif yönlü, anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre; hastaların ağrısız yürüme mesafesinde artmaya paralel olarak ağrının kökenini psikolojik olmadığına inandıkları, ağrıyla kendi kendilerine daha iyi başa çıkabildikleri ve daha az çaresizlik hissettikleri söylenebilir.

Hastalardan günlük aktiviteler için başkalarından yardım alanlarda Kendi Kendine Başa Çıkma puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük ($p<0,05$), Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamalarının da anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre; günlük aktiviteleri için başkalarından yardım isteyenlerin ağrının organik kökenli olduğuna inandığı, ağrıyla kendi kendine başa çıkmada daha yetersiz oldukları ve çaresizlik hissettikleri söylenebilir.

Hastalardan ağrıya bağlı uyku düzeni bozulanların Çaresizlik, Tıbbi Çare Arama ve AİÖ-O puan ortalamaları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark bulunmaktadır. Uyku düzeni bozulan hastaların ağrının organik kökenli olduğuna inandığı, çaresizlik hissettiği ve tıbbi çare arayışında olduğu söylenebilir.

Hastalardan PAH'ndaki ağrının çalışma yaşamını sınırladığını belirtenlerde AİÖ-O, sosyal yaşamını sınırladığını belirtenlerde ise Çaresizlik puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek ($p<0,05$) bulunmuştur. Ağrıya bağlı olumsuz duygular hissettiğini belirtlen hastalarda Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Çizelgede yer almamakla birlikte, hastaların ağrı şikayeti süresi, bacak kollarında dökülme, PAH nedeniyle cerrahi girişim uygulanma ve ilaç kullanma durumları değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Ek Çizelge 8.4).





5. TARTIŞMA

Periferik Arter Hastalığı'nda deneyimlenen ağrı, bireylerin fiziksel fonksiyonlarını, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek, yaşam kalitesinin düşmesine ve yaşamın anlamının dahi yitirilmesine neden olabilen önemli bir faktördür (Gibson ve Kenrick, 1998; Treat&Jacobson ve diğerleri, 2002; Smolderen ve diğerleri, 2009; Pedrosa ve diğerleri, 2011). Hastalığın yavaş, ilerleyici ve kronik özellik göstermesi, ağrının yükü ve yaşanan sorunların artmasına, yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalığın erken teşhis edilmesi, takip ve tedavisi, hastaların yaşanan ve olası sorunlarının azaltılmasında oldukça önemlidir. Uzun süre ağrı deneyimleyen bireylerin zamanla ağrı algısı, ağrı ile ilgili inançları ve ağrı ile başetmeleri değişim göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada, PAH olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Amerikan Kalp Birliği'nin 2016 yılı verilerine göre PAH, dünyada 202 milyondan fazla insanı etkilemektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Ülkemizde Bozkurt ve diğerlerinin (2010) 'CAREFUL' isimli çalışmasından elde edilen sonuçlara göre, tüm çalışma grubunda %20, 70 yaş üzeri için %30 oranında PAH saptanmıştır (Bozkurt, Tasci, Tabak, Gumus ve Kaplan, 2011). Bu sonuçlar, ülkemizde de PAH'nın insanları benzer düzeyde etkilediğini ve yaşamları için risk oluşturduğunu göstermektedir. Ayrıca literatürde hastalığın çoğunlukla yavaş ve asemptomatik seyretmesi nedeniyle klinik olarak geç belirti verdiği, tanı alma sürecinin geciktiği, bu nedenle PAH prevalansının tahmin edilenin çok üstünde olduğu vurgulanmaktadır (Selvin ve Erlinger, 2004; Hirsch ve diğerleri, 2007; Hiatt, 2008; Bozkurt ve diğerleri, 2008; Cimminiello ve diğerleri, 2010; Karabay ve diğerleri, 2012; Hüseyin ve diğerleri, 2014).

AHA, TASC II, ESC, Periferik Arter ve Ven Hastalıkları kılavuzlarına göre; PAH'ın en önemli nedeni olan ateroskleroz risk faktörleri arasında yer alan HL, hipertansiyon, DM, sigara, yaş, cinsiyet aynı zamanda PAH risk faktörlerini de oluşturmaktadır (Hirsch ve diğerleri, 2006; Norgren ve diğerleri, 2007; Bozkurt ve diğerleri, 2008; Tendera ve diğerleri, 2012; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). PAH gelişme riski sigara, yaş ve DM ile doğru orantılı olup, yapılan çalışmalar incelendiğinde; PAH olan bireylerin %80'inin halen sigara içen ya da sigarayı bırakmış kişilerden oluştuğu, sigara kullanımı ve tüketilen miktara bağlı

semptomların yaklaşık 10 yıl daha erken görüldüğü, hastalığın şiddeti, amputasyon oranı, greft tıkanıklığı ve mortalite de artışa neden olduğu dikkat çekmektedir (Cimminiello, 2002; Bartholomew ve Olin, 2006; Norgren ve diğerleri, 2007). Hirsch ve arkadaşlarının (2006) belirttiğine göre sigara içenler de PAH görülme riski 6 kat daha fazladır (Hirsch ve diğerleri, 2006). Framingham Kalp Çalışması'nda >65 yaş olanlarda PAH prevalansının arttığı belirtilirken; NHANES raporunda, 70 yaş üzerinde PAH prevalansında dört kat artış olduğu bildirilmektedir. Karabay ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları araştırmaya göre; çalışma grubunun %55'i 65 yaş üzerinde olup, PAH prevalansı çalışma grubu için %19,76'dır. Bir diğer önemli risk faktörü olan diyabetin, Framingham Kalp Çalışması'nda PAH riskini 1,5 ila 4 kat artırdığı ve PAH olanların %26'sında diyabet olduğu bildirilmektedir (Bartholomew ve Olin, 2006; Su ve diğerleri, 2008). Diğer risk faktörleri için literatür tarandığında; hipertansiyonun PAH riskini erkeklerde iki buçuk, kadınlarda dört kat artırdığı ve klaudikasyon riskini iki ya da üç katına çıkardığı, PAH'lı bireylerin %60'ında hiperlipidemi olduğu saptanmıştır (Hirsch, 2005; Bartholomew ve Olin, 2006; Smith, 2012; Muir, 2009). Cinsiyetin PAH gelişimi üzerinde etkisi incelendiğinde ise, PAH prevalansı kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen yaşların eşitlenmesi ve menopozla birlikte östrojen hormonunun geri çekilmesine paralel olarak her iki cinsiyet için PAH prevalansı benzer oranda görüldüğü saptanmıştır (Bartholomew ve Olin, 2006; Hirsch ve diğerleri, 2012). Higgins ve Higgins'in yaptığı bir çalışmaya göre, 45 ile 93 yaş arasındaki kadınlarda PAH prevalansı, 50 yıllık süreçte %3 ila %29 arasında değişmektedir (Higgins ve Higgins, 2003). Bu duruma paralel olarak AHA 2012'de bir bildiri yayınlarak kadın cinsiyeti için daha az araştırma yapıldığını, risk altındaki kadınların hastalık açısından taranmalarını ve gerekli eğitimlerin yapılmasını önermektedir (Hirsch ve diğerleri, 2012). Bu araştırmanın örneklemi de literatürü destekler nitelikte olup, tamamına yakını sigara kullanan, büyük çoğunluğunu erkek, yarısından fazlası 60 yaş ve üzeri, çoğunluğunda hiperlipidemi, hipertansiyon ve yarısına yakınında diyabetik hastaların oluşturduğu görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.1.) Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar PAH risk faktörleri ile örtüşmektedir (Norgren ve diğerleri, 2007; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). PAH için risk faktörlerinin farkında olmak, erken tanı için bir gösterge olmakla birlikte, tedavi sürecinin etkin yönetimi için oldukça önemlidir.

Periferik Arter Hastalığı, çoğunlukla yavaş ve asemptomatik seyretmesi nedeniyle klinik olarak geç belirti vermekte, bu nedenle de teşhis ve tedavi süreci gecikmektedir (Cimminiello ve diğerleri, 2010; Hirsch ve diğerleri, 2007; Hiatt, 2008). Literature göre;

hastaların çoğunluğu (olguların %50'si) asemptomatik seyretmekte, fakat semptom yokluğu hastalığın ilerlemediği anlamına gelmemektedir. Hastalar genellikle (olguların %10-30'u) ilk semptom olan ağrı ile ilk tanıyı klaudikasyon evresinde almaktadır. Bazı hastalar ise ileri evre (olguların yaklaşık %21'i) iskemi, ülserasyon/gangren ile ilk tanıları almaktadır. Diğer taraftan ileri yaş ile fonksiyonel kapasitenin azalması doğal bir süreç kabul edilebilir ya da diyabetik hastalarda nöropatik ağrı PAH belirtilerini maskeleyebilir. Bu durum tanı almayı geciktirip hastalığın ekstremitelerdeki canlılığının tehdit edici düzeye ulaşmasına neden olabilmektedir (Treat&Jacobson ve diğerleri, 2002; McDermott ve diğerleri, 2004; Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017).

Literatürde ayrıca, KBİ gelişen hastaların %4-27'sine amputasyon uygulandığı bildirilmektedir (Singh, 2006; Carman ve Fernandez, 2000; O'Donnell ve diğerleri, 2011; Bozkurt, 2016; Döşlülüoğlu, 2014; Sigvant ve diğerleri, 2016; Armstrong ve diğerleri, 1998). Bu araştırma grubunda da literatürle benzer şekilde, hastaların yarıdan fazlasının klaudikasyon ve üçte birinin iskemi evrelerinde olduğu görülmektedir. Hastaların tedavi durumları incelendiğinde; tamamına yakınının PAH ile ilgili medikal tedavi aldığı ve büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı, hastalık evresinde ilerlemeye paralel %52,5'inin invaziv tedavi ve %28,8'inin cerrahi tedavi (%65,2'si bypass, %13,0'ü embolektomi ve amputasyon) aldığı görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.2.) Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde; PAH'nın ülkemiz için de yaşamı tehdit edici boyutlara ilerlediğini göstermektedir. Ayrıca hastaların semptomları yeterince kontrol edemediği ve hastalık süreci ile etkin başedemediği söylenebilir.

Literatüre göre periferik arter hastaları için en önemli sorun olan ağrı; hastalığın evresine, lezyonun yerleşim bölgesi ve büyüklüğüne, arteriyel sistemde kolletral gelişme düzeyine, yaş, cinsiyet ve etnik kökene göre her hasta için farklı deneyimlenebilmektedir (Bozkurt, 2016; Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017; Aronow, 2007; Schorr ve Treat-Jacobson, 2013). Klaudikasyon evresinde egzersizle başlayıp dinlenmeye geçildiği zaman hızla azalan ağrı, KBİ ve ülserasyon/gangren evresinde kronik iskemik istirahat ağrısı olarak kendini göstermektedir (O'Donnell ve diğerleri, 2011; Conte ve diğerleri, 2015; Olin ve diğerleri, 2016; Bozkurt, 2016). Bu çalışmada da hastalar; ağrıyı en yoğun yaşadığı zaman diliminin gündüz olduğunu, yarısına yakını ise ekstremitelerdeki ağrının istirahat sırasında da devam ettiğini ifade etmiştir (Bkz. Çizelge 4.2). Bu sonuçlar hastalık evresi ile uyumludur.

Çalışmada, ülserasyon / gangren ve iskemi evresinde olan hastalarda, ağrıyı daha kapsamlı değerlendirmek amacıyla kullanılan MASF'ın Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puan ortalamalarının klaudikasyon evresindekilere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.11). Çalışmadaki bu sonuç, hastaların evresine göre deneyimledikleri ağrının da arttığını, evredeki ilerlemeye paralel olarak hastalar için ağrının anlamının da değiştiğini göstermektedir. Hastalık evresi ilerledikçe hastaların ağrıyı daha fazla deneyimledikleri, daha çok algıladıkları, daha duysal yaklaştıkları ve buna paralel olarak daha çok değerlendirdikleri söylenebilir.

Ağrı, bireye özgü bir deneyim olup, her birey tarafından farklı algılandığından, niteliği ve şiddeti de değişebilmektedir. Bu örneklem grubundaki hastalar ağrıyı “*kasılır tarzda, zonklayan, yorucu, bıçare eden, korku veren ve üşüten*” olarak tanımlamışlar ve zamanla ilişkisini kararlı ve aralıklı ya da geçici olarak belirtmişlerdir. Hastalar ayrıca araştırmanın yapıldığı andaki ağrı şiddetlerini “rahatsız edici”, hissettikleri en kötü ve en az ağrı şiddetini “dayanılmaz” ve “rahatsız edici” olarak tanımlamışlardır (Bkz. Çizelge 4.4). Hastaların ağrıyı tanımlamak için seçtikleri bu kelimeler PAH'da deneyimlenen ağrının çok boyutlu özellik gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Pedrosa ve arkadaşlarının (2014) PAH olan bireylerde kronik iskemik ağrı algısı üzerine yaptıkları çalışmada ise, hastalar ağrılarını “*rahatsız edici, yorucu, korkunç, keskin, acı verici ve sıkıcı*” gibi ifadelerle tanımlamışlardır (Pedrosa ve diğerleri, 2014). Çalışmadaki sonuçlar, Pedrosa ve diğerlerinin (2014) sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca, ağrının bu özellikleri, deneyimlendiği PAH evresiyle de paralellik göstermektedir. Özellikle geçici ve genel olarak ağrısı olduğunu belirten hastalarda Algısal ve Total Skor alt boyut puanlarının anlık ağrısı olanlara göre daha yüksek olması ($p<0,05$), ağrının daha fazla algılandığını ve daha kapsamlı nitelendirildiğini, PAH'da deneyimlenen ağrının kronik özellik gösterdiği ve klaudikasyon ağrısının özelliği ile örtüştüğünü göstermektedir (Bkz. Çizelge 4.7).

Güncel araştırma sonuçları, ağrının genellikle baldır bölgesinde hissedilmekle birlikte, lezyonun bulunduğu bölgeye bağlı olarak kalça, uyluk ve ayaklarda da hissedildiğini, KBI'de ağrının katlanılamayacak kadar ciddi olup, ayak bölgesinde yerleşim gösterdiği ve ancak opiyatlara yanıt verdiğini göstermektedir (O'Donnell ve diğerleri, 2011; Conte ve diğerleri, 2015; Olin ve diğerleri, 2016; Bozkurt, 2016; Armstrong ve Lavery, 1998; Norgren ve diğerleri, 2007). Bu çalışmada da, ağrı bölgesine göre hastaların ağrı algısının da değişim gösterdiği, büyük çoğunluğunun ağrıyı derinde, baldırda ve yarısından fazlasının ayaklarda

hissettiği; baldır, uyluk, ve ayak bölgelerinde ağrısı olanlarda MASF alt boyut puanlarının da buna paralel olarak anlamlı artış gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.4. ve Çizelge 4.7.). Bu sonuçlar; hastaların ağrı algısının ağrı bölgesine ve hastalığın evresi ile paralellik göstermektedir.

Literatürde; hastalık evresinde ilerlemeye paralel olarak hastaların deneyimledikleri ağrının özelliğinin değişim gösterdiği ve şiddetinin arttığı, dolayısıyla günlük yaşamın olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Pedrosa ve diğerleri, 2011; Wann-Hansson ve diğerleri, 2005; Smolderen ve diğerleri, 2009; Gorely ve diğerleri, 2015). Wann-Hansson ve arkadaşları (2005), PAH olan bireylerin yaşam deneyimleri ve günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiği üzerine yaptığı nitel araştırmasında, ağrı nedeniyle hastaların fiziksel kapasitelerinin azaldığını, sosyal hayatlarının kısıtlandığını, hastalık sürecini kontrol altında tutmakta zorluk yaşadıklarını, geleceğe dair belirsizlik, bağımsızlıklarını kaybetme korkusu hissettiklerini ve kendilerini çevrelerinden izole ettiklerini saptamıştır (Wann-Hansson ve diğerleri, 2005). Bu çalışmada da, literatürle benzer şekilde, hastaların deneyimledikleri ağrının günlük yaşamlarını önemli derecede etkilediği, ağrının yürüme mesafesini azalttığı, günlük aktivitelerini kısıtladığı, sosyal yaşamı sınırladığı, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygulara ve günlük aktivitelerle ilgili başkalarından yardım istemelerine neden olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3). Araştırmanın uygulaması sırasında bazı hastalar günlük aktiviteleri ile ilgili başkalarından yardım istemek zorunda kaldıkları için rol kaybı yaşadıklarını ve kendilerini değersiz hissettiklerini, yürümede bozulmaya bağlı düşme korkusu olduğunu ve dışarı çıkarken yanlarında birisinin olmasının kendilerini güvende hissettirdiğini, hareket alanının sadece evle sınırlı kalabildiğini ve tüm bu nedenlerden dolayı eskisi gibi sosyal aktivitelere katılamadıklarını, yalnızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların ağrı ile ilgili yaşadıkları sorunlar ağrı algısını ve ağrı ile ilgili inançlarını etkilemekte, ağrıya yüklediği anlamları ağrıya ilgili öğrenilmiş yaşantılar ve kültürel geçmişleri de etkilemektedir (Sertel Berk, 2006). Ellis'e göre ağrı inançları bilişler, düşünceler, tutumlar ve duygulardan etkilenebilmektedir (Ellis, 1997; Sharp, 2001). Araştırmada ağrı inançları ve ağrı algısı arasındaki ilişki incelenmiş, PAH'a bağlı deneyimledikleri ağrının organik kökenli olduğunu düşünen hastaların hissettikleri ağrının artmasına paralel olarak ağrıya daha duygusal yaklaştıkları, ağrının çeşitli yönleri olduğunu düşündükleri ve ağrıyı daha çok değerlendirdikleri; PAH'a bağlı deneyimledikleri ağrının psikolojik kökenli olduğunu düşünen hastaların da hissettikleri ağrının artmasıyla ağrıya

daha duyuşal yaklaştıkları ve daha çok algıladıkları bulunmuştur. Araştırmının uygulaması sırasında bazı hastalar ağrıyı işkence olarak gördüklerini ve ağrıyı yaşamaktansa ölmeyi tercih ettiklerini ifade ederken, ağrının organik kökenli olduğunu düşünen bazı hastalar ise ağrı kontrolü için yapabilecekleri birşey olmadığını, kaderci yaklaştıklarını ifade etmişlerdir.

Ağrı algısındaki artış, bireylerin ağrıyla başa çıkmasını ve ağrı inançlarını da etkilemektedir. Literatürde, hastaların ağrı inançları ve ağrı ile başetme arasında bir ilişki olduğu söylenmektedir (Ellis, 1997; Sharp, 2001). Bu çalışmada, ağrısının daha çok organik kökenli olduğuna inanan hastalarda kendi kendilerine ağrıyla başetmelerinin yeterli olmadığı, bilinçli bilişsel girişimleri daha az kullandıkları ve kendilerini daha çaresiz hissettikleri saptanmıştır. Ayrıca, ağrısının daha çok psikolojik kökenli olduğuna inanan hastaların da benzer şekilde kendilerini daha çaresiz hissettikleri, ancak bilinçli bilişsel girişimleri daha çok kullandıkları ve daha çok tıbbi çare aradıkları belirlenmiştir. Çalışmadaki bu sonuçlar, hastaların hastalık karşısında kendilerini çaresiz hissetmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastalık algısı ve çaresizlik hissetme, bireylerin ağrıyla başetmelerinde önemli bir faktördür. Araştırmada, kendi kendine ağrıyla daha iyi başeden hastalarda çaresizliğin anlamlı derecede daha az olduğu ve bilinçli bilişsel girişimlerin daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca, ağrı nedeniyle çaresiz kalanların ve bilinçli bilişsel girişimleri daha fazla kullananların daha çok tıbbi çare arayışı içerisinde oldukları belirlenmiştir. Literatürde PAH hastalarında ağrıyla başetme ve çaresizlik ile ilgili çalışmalara ulaşılammakla birlikte, araştırmanın uygulaması sırasında önerilen teropatik yaşam değişikliğine uyum sağlamada başarılı olanlar ve aldıkları tedavilerden yarar sağlayan hastaların ağrıyı olumsuz algılamadıkları ve hastalık karşısında çaresiz olmadıklarını ifade ettikleri gözlenmiştir. Hastalık evresi ileri olan ve tedavilerden yeterince fayda göremeyen, hastalık yönetimi ve ağrı kontrolünü sağlayamayan hastalar; çaresizlik hissi ile başedemediklerini, tıbbi yardım için farklı kaynaklara başvurdıklarını, iyileşemeyeceğini ya da sakat kalacağını düşünen hastalar ise bir süre sonra, *“sigara içmesem de, egzersizleri yapsam da ağrıyı yok edemiyorum”* düşüncesi ile sağlıklı yaşam davranışlarını tamamen bıraktıklarını ifade ettikleri gözlenmiştir.

Ağrı deneyimi, PAH olan bireylerin özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (Bozkurt, 2016; Aronow, 2007; Schorr ve Treat-Jacobson, 2013). Çalışmada, artan yaşla doğru orantılı

olarak hastaların ağrısı daha çok değerlendirdikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre; ağrının yaşlılıktan kaynaklandığı düşüncesi ve ağrısı ifade ederlerse kötü hasta olarak algılanacağı düşüncesi yaşlılarda ağrı bildirimini azaltmaktadır (Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan, 2013). MASF'ın ağrının özelliği ile ilgili diğer alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamsız olması yaşlı hastaların ağrılarını ifade etmekten çekindiği ya da ağrıdan şikayet ettikçe “*yalnız bırakılacağı, sevilmececeği*” gibi düşüncelerle ilişkilendirilebilir. Hastaların yaşlandıkça çaresizliğinin arttığı ve ağrının kökenini organik ya da psikolojik olarak değerlendirmede yaştan bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Literatüre göre; ağrı algısı ve yaşantısı cinsiyetler arasında da farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar; kadınların ağrı yaşantılarını erkeklere göre daha kolay ifade etmeleri, fizyolojik, sosyolojik, yaşam tarzı, tekrarlı deneyimler gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Şahin, 2004; Miller ve Newton, 2006). Bu çalışmada; kadınların erkeklere oranla ağrının özelliğini değerlendirirken çeşitli yönlerini daha iyi tanımlayabildikleri saptanmıştır. Bu durumun, kadınların ağrı deneyimine daha çok odaklandıkları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada, kadınlardaki Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamalarının erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek olması, kadınların deneyimledikleri ağrının organik kökenli olduğunu ve ağrıyla başetmede çaresiz kaldıklarını göstermektedir. Bu durum, kadınların ağrıyla başetmede daha çaresiz kaldıklarını ve ağrının organik kökenli olduğuna inandıklarını düşündürmektedir.

Araştırmada, eğitim durumu düşük olan hastalar için ağrı algısının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmayan hastaların ağrının çeşitli yönlerini daha fazla ele aldıkları ve daha kapsamlı nitelendirdikleri saptanmıştır. Hastaların eğitim durumu ve ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma ölçeği karşılaştırıldığında; eğitim durumu yükseldikçe ağrının organik inançlar ve çaresizlik puanlarının azaldığı, artan eğitim durumuyla birlikte ağrıyla başetmede çaresizliğin ve ağrının organik kökenli olduğuna dair inancın azaldığı belirlenmiştir. Çalışmadaki bu sonucun, artan eğitim seviyesine paralel olarak, hastaların daha fazla başetmeye çalıştıkları, sağlığın korunması ve yükseltilmesine daha fazla önem verdikleri ve farkındalıklarının arttığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Periferik Arter Hastalığı, kronik seyri ve yüksek mortalite ve morbidite oranı ile toplum sağlığı için önemli bir sorundur (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Hastaların yandaş kronik hastalıkları da ağrıyla başetmelerini olumsuz etkileyebilmekte ya da PAH risk

faktörlerini arttırabilmektedir. Araştırmada, HT ve KAH olan hastalar ağrının organik kökenli olduğuna, KAH ve böbrek hastalığı olanların ağrıyla başetmekte daha çaresiz oldukları, HL olanlar da ağrıyla başetmek için tıbbi çare arayışının daha fazla olduğu söylenebilir. Bu sonuçlara göre; kronik hastalığı olan bireylerde ağrının ve özelliklerinin daha çok algılandığı ve daha fazla değerlendirildiği ağrının organik kökenli olduğuna inandıkları ve kendilerini çaresiz hissettikleri söylenebilir.

Kronik bir hastalık olan PAH'da sağlığı koruyucu davranışların geliştirilmesi ve sürdürülmesi oldukça önemlidir. AHA; PAH tanısı alan tüm hastalarda sağlıklı diyet programını, beden kitle indeksinin 25 kg/m²'den daha az olması için kilo kontrolünün sağlanmasını, sigaranın bırakılması ve egzersiz programlarını içeren terapötik yaşam tarzı değişiklikleri ile kardiyovasküler riskin azaltılmasını önermektedir (Gerhard-Herman ve diğerleri, 2017). Çalışmada hastaların alışkanlıkları incelendiğinde; yarısından fazlasının et ağırlıklı beslendiği, büyük çoğunluğunun egzersiz yapmadığı, tamamına yakınının sigara içme alışkanlığı olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.1.). Çalışmada, egzersiz yapan hastalarda tüm MASF alt boyut puan ortalamalarının yapmayanlara oranla daha düşük olduğu; egzersiz yapmayanlarda ağrının Duyusal, Algısal, Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, fakat bunun sadece Değerlendirme ve Total Skor alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, sigara içenlerin MASF alt boyut puan ortalamalarının içmeyenlere oranla daha düşük olduğu, ancak bunun sadece MASF'nun Algısal ve Total Skor alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir fark oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmadaki bu sonuçlar, düzenli egzersiz yapan hastalarda kollateral gelişiminin artmasına bağlı olarak ağrı deneyiminin azaldığı, sigara içenlerin etkisiz başetmeleri nedeniyle ağrı algılarının daha düşük olduğu, sigara içmeyenlerde ise sağlığın korunması ve geliştirilmesine paralel olarak ağrıyı daha fazla algılamaya ve özelliklerini tanımlamaya çalıştıkları söylenebilir.

Sonuç olarak, klinik gözlemlerimiz ve çalışmadan elde edilen bulgular PAH olan bireylerin hastalık sürecine bağlı ağrısız yürüme mesafesinin azalması ve ağrının günlük yaşam üzerine olumsuz etkileri sonucunda yaşamlarında ciddi bir '*kırılma noktası*' yaşadıkları görülmektedir. Çalışmada, hastaların sigara içmeye devam etmeleri, sigaranın hastalık üzerindeki olumsuz etkisini gözardı etmeleri etkisiz başetme yöntemine bir örnek olup, tedaviye uyumlarının azalmasına neden olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda; ağrının

azaltılması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması / yükseltilmesi için kontrollu egzersiz programları ile kollaterallerin geliştirilmesi, vazokonstriksiyonun azaltılması için sigaranın bırakılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi için hastaların desteklenmesi oldukça önemlidir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ile PAH olan bireylerde ağrı deneyiminin önemli olduğu, ağrı algısı, ağrıyla başa çıkma ve ağrı inançları arasında ilişki olduğu, hastaların sosyodemografik ve PAH ile ilgili özelliklerinin ağrı algısını, ağrıyla başa çıkmalarını ve ağrı inançlarını etkilediği belirlenmiştir.





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Hastaların çoğunluğu 60 yaş ve üzerinde, büyük çoğunluğu erkek, evli ve yarısı ilkokul mezunudur. Hastaların büyük çoğunluğu çalışmamakta ve egzersiz yapmamakta, tamamına yakını sigara içmekte ve kronik hastalığı bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 4.1).

6.1.2. Bireylerin PAH ile ilgili en çok yaşadıkları şikayetler ağrı, yürüme mesafesinde azalma, ekstremitelerde soğukluk ve yanma hissidir. Bireylerin yarıdan fazlası klaudikasyon ve üçte biri iskemi evresinde olup, tamamına yakını PAH ile ilgili medikal tedavi, yarısından fazlası invaziv (balon-stent uygulaması) tedavi, %28,8'i cerrahi tedavi almıştır. Hastaların çoğunluğu ağrıyı en yoğun yaşadığı zaman diliminin gündüz olduğunu, yarıdan fazlası ise ekstremitelerdeki ağrının istirahat sırasında da devam ettiğini belirtmişlerdir (Bkz. Çizelge 4.2).

6.1.3. Bireylerin tamamında ağrının yürüme mesafesini azalttığı, tamamına yakınında günlük aktivitelerini kısıtladığı ve sosyal yaşamı sınırladığı, büyük çoğunluğunda da öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygular hissetmelerine ve çoğunluğunda günlük aktiviteler için başkalarından yardım istemelerine neden olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3).

6.1.4. Hastaların büyük çoğunluğunun ağrıyı derinde ve baldırda hissettiği, tamamına yakınının deneyimledikleri ağrının kasılır tarzda tanımladığı ve ağrının zamanla ilişkisini en sık kararlı, aralıklı ve geçici olarak nitelendirdiği belirlenmiştir. Hastalar dinlenmeyi, ağrıyan bölgeyi sıcak tutmayı ağrıyı azaltan faktörler; yürümeyi ve soğuğa maruz kalmayı da ağrıyı arttıran faktörler olarak tanımlamışlardır. Hastaların yarıdan fazlası araştırmanın yapıldığı andaki ağrısını “rahatsız edici”, hissettikleri en kötü ağrı şiddetini “dayanılmaz”, yarısı ise hissedilen en az ağrı şiddetini “rahatsız edici” olarak tanımlamışlardır (Bkz. Çizelge 4.4).

6.1.5. Hastaların duyuşal alt boyutu puan ortalamasının $19,6\pm5,21$, algısal alt boyutu puan ortalamasının $6,0\pm3,15$, değerlendirme alt boyutu puan ortalamasının $3,1\pm1,40$, ağrının çeşitli yönleri alt boyutu puan ortalamasının $9,95\pm4,57$ ve tüm alt boyutlardan elde edilen total skor puan ortalamasının $38,6\pm11,42$ olduğu görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.5).

6.1.6. Hastaların Organik İnançlar alt boyutu puan ortalamasının $5,3\pm0,53$, Psikolojik İnançlar alt boyutu puan ortalamasının $1,5\pm0,67$ olduğu görülmektedir. AB puanları incelendiğinde, hastaların alt boyutlara göre en yüksek puan ortalamalarının sırasıyla çaresizlik için $13,8\pm4,78$, Kendi Kendine Başı ıkma için $7,9\pm4,68$, Tıbbi are Arama için $6,1\pm2,83$ ve Bilinçli Bilişsel Girişimler için $4,5\pm2,68$ olduğu görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.6).

6.1.7. Hastalardan baldır bölgesinde ağrısı olanların olmayanlara oranla tüm MASF alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, baldır bölgesindeki ağrı ile MASF tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayak bölgesindeki ağrı baldır bölgesindeki ağrıyla benzer şekilde, ayaklardaki ağrı arttıkça hastaların MASF alt boyutlarından Duyusal, Algısal ve Değerlendirme puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığđ bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.7).

6.1.8. Hastaların ağrı şiddetine göre MASF alt boyut puanları incelendiğinde; o anki, hissedilen en kötü ve en az ağrı şiddetleri ile Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hissedilen en kötü ağrı şiddeti ile Ağrının eşitli Yönleri alt boyut puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7).

6.1.9. Hastaların Aİ-O alt boyut puanları ile MASF'ın Duyusal, Değerlendirme, Ağrının eşitli Yönleri ve Total Skor alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların Aİ-P alt boyut puanları ile MASF'ın Duyusal, Algısal ve Total Skor alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.8).

6.1.10. Hastaların Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyut puanlarıyla MASF'ın Değerlendirme, Ağrının Çeşitli Yönleri ve Total Skor puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$), Çaresizlik alt boyut puanlarıyla MASF'ın tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.8).

6.1.11. AİÖ-O puanları ile Kendi Kendine Başa Çıkma ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$), Çaresizlik alt boyut puanları arasında da pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır. AİÖ-P puanları ile Çaresizlik, Bilinçli Bilişsel Girişimler ve Tıbbi Çare Arama alt boyut puanları arasında da pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) ilişki olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.9).

6.1.12. ABÖ alt boyutları ile ilgili korelasyonlar incelendiğinde; Kendi Kendine Başa Çıkma alt boyut puanları ile Çaresizlik alt boyutu puanları arasında negatif, Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ($p<0,05$), Tıbbi Çare Arama alt boyut puanları ile Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ($p<0,05$) ilişki saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.9).

6.1.13. Hastaların MASF alt boyut puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıkların varlığı, beslenme alışkanlığı ve sigara içme alışkanlığına göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$) saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.10).

6.1.14. Hastaların MASF alt boyut puanlarının PAH ile ilgili şikayet sayıları ve PAH evrelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) saptanmıştır. Çalışmada ağrıyı en yoğun “gündüz ve gece” yaşayan hastaların, istirahat halinde de ağrısı olanların MASF tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bunun Duyusal, Algısal, Değerlendirme ve Total Skor alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p<0,05$) oluşturduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.11).

6.1.15. Hastaların yaş ile ABÖ Çaresizlik alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0,05$) bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, AİÖ-O puan ortalamalarının BKİ, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalıkların varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) farklılık gösterdiği bulunmuştur. Sigara içmeyenlerin Çaresizlik, alkol kullanmayanların da AİÖ-O puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$), egzersiz yapma alışkanlığı ile Kendi Kendine Başa

Çıkma, Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler ile AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.12).

6.1.16. Hastaların PAH'a ilişkin şikayet sayıları ile Çaresizlik alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ($p<0,05$); uyku düzeninde bozulma şikayeti ile Kendi Kendine Başa Çıkma, Çaresizlik, Tıbbi Çare Arama ile AİÖ-O puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir farklılık olduğu saptanmıştır. Çalışmada, ülserasyon/gangren ve iskemi evresinde olan hastaların Çaresizlik alt boyut puan ortalamalarının kludikasyon evresindekilere oranla yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.13).

6.1.17. Hastalarından ağrıyı en yoğun “gündüz ve gece” yaşayanlarda Çaresizlik ve Bilinçli Bilişsel Girişimler alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. İstirahat halinde de ağrısı olan hastalarda Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortlamalarının anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Günlük aktiviteler için başkalarından yardım alanlarda Kendi Kendine Başa Çıkma puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük ($p<0,05$), Çaresizlik ve AİÖ-O puan ortalamalarının da anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.13).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. PAH olan bireylerin tedavisi ve bakımı süreci boyunca ağrılarının, ağrıyla başetmelerinin ve ağrı inançlarının düzenli olarak değerlendirilmesi,

6.2.2. PAH olan bireylere ağrı yönetimi ve ağrıyla başetmeleri konusunda eğitim verilmesi, eğitimlerin hastaların ağrı algılarının ve ağrı inançlarının da dikkate alınarak planlanması ve düzenli aralıklarla tekrarlanması,

6.2.3. PAH olan bireylere tedavi ve bakım veren sağlık profesyonellerine ağrı algısı, ağrı yönetimi, ağrıyla başa çıkma ve ağrı inançları ile ilgili eğitim programlarının düzenlenerek farkındalığın artırılması,

6.2.4. Giderek artan PAH insidansı nedeniyle topluma yönelik PAH, risk faktörleri, risk faktörlerinin kontrol edilebilmesi için yaşam şekli değişikliği, egzersiz programları, iskemik ağrıyla etkili başetme yöntemlerini içeren eğitimlerin verilmesi,

6.2.5. Ağrının subjektif olması ve her hasta için farklılık göstermesi, fizyolojik ve psikososyal yönden hastaların yaşamını etkilemesi nedeniyle, PAH olan bireylerin ağrılarının ve başetmelerinin değerlendirilebileceği, daha kapsamlı ve çok boyutlu multimodal ağrı değerlendirme ölçeklerinin geliştirilmesi ve kullanılması,

6.2.6. PAH olan bireylerin ağrı yönetiminde hemşirelik girişimleri planlanırken bireyin ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başetme yöntemleri arasındaki ilişkinin dikkate alınması,

6.2.7. Hastaların ağrı algısı ve deneyimlerinin, ağrı inançları ve ağrı ile başetmeyi etkilediğinden, hastaya özgü ağrı yönetiminin planlaması ile hastalık sürecine uyumun sağlanması ve etkili başetme yöntemlerinin geliştirilmesi,

6.2.8. Bireylerin ağrı algısı, ağrı inançları ve başetme yöntemlerini etkileyeceği düşünülen farklı değişkenlerle kapsamlı çalışmaların yapılması,

6.2.9. Ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başetme yöntemleri arasındaki ilişkinin farklı hasta grupları ve daha büyük örneklem ile çalışılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Akyaz, T. ve Demir, S. G. (2016a, 3-6 Kasım). *Periferik arter hastalığı olan genç bir hastanın hemşirelik bakımında Roy uyum modelinin kullanımı: Olgu sunumu*. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Kongresi'nde sunuldu, Antalya.
- Akyaz, T. ve Demir, S. G. (2016b, 3-6 Kasım) *Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrıyla başetme ve yaşadıkları sorunlar: Olgu serisi*. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Kongresi'nde sunuldu, Antalya.
- Arain, F. A., and Cooper, L. T. (2008, August). Peripheral arterial disease: diagnosis and management. *In Mayo Clinic Proceedings*, 83(8), 944-950.
- Armstrong, D. G. and Lavery, L.A. (1998). Diabetic foot ulcers: prevention, diagnosis and classification. *American Family Physician*, 57(6), 1325-32.
- Aronow, W.S. (2007). Peripheral arterial disease in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 645.
- Bartholomew, J.R. and Olin, J. W. (2006). Pathophysiology of peripheral arterial disease and risk factors for its development. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, 8-14.
- Belch, J., Stansby, G., Shearman, C., Brittenden, J., Dugdill, S., Fowkes, G. and Morrell, J. (2007). Peripheral arterial disease—a cardiovascular time bomb. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 7(5), 236-239.
- Benjo, A. M., Garcia, D. C., Jenkins, J. S., Cardoso, R. M., Molina, T. P., El-Hayek, G. E. and Collins, T. (2014). Cilostazol increases patency and reduces adverse outcomes in percutaneous femoropopliteal revascularisation: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Open Heart*, 1(1), e000154.
- Bozkurt, A. K., Demirkılıç, U., Topçuoğlu, Ş., Gürbüz, A., Yazıcıoğlu, L. ve Küçüker, Ş. A. (2008). *Türk kalp damar cerrahisi derneği. Periferik arter ve ven hastalıkları tedavi kılavuzu*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Bozkurt, A.K. (2016). *Türk kalp damar cerrahisi derneği. Pperiferik arter ve ven hastalıkları tedavi kılavuzu*. İstanbulAnkara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Bozkurt, A.K., Tasci, I., Tabak, O., Gumus, M. ve Kaplan, Y. (2011). Peripheral artery disease assessed by ankle-brachial index in patients with established cardiovascular disease or at least one risk factor for atherothrombosis-CAREFUL Study: A national, multi-center, cross-sectional observational study. *Biomed Central (BMC) Cardiovascular Disorders*, 11(1), 4.
- Carman, T. L., and Fernandez Jr, B. B. (2000). A primary care approach to the patient with claudication. *American Family Physician*, 61(4), 1027-32.
- Cimminiello, C., Borghi, C., Kownator, S., Wautrecht, J.C., Carvounis, C.P., Kranendonk, S.E. and Mangrella, M. (2010). Prevalence of peripheral arterial disease in patients at

- non-high cardiovascular risk. Rationale and design of the PANDORA study. *Biomed Central (BMC) Cardiovascular Disorders*, 10(1), 35.
- Collins, T.C., Petersen, N.J., Suarez-Almazor, M. and Ashton, C.M. (2003). The prevalence of peripheral arterial disease in a racially diverse population. *Archives of Internal Medicine*, 163(12), 1469-1474.
- Conte, M. S., Pomposelli, F. B., Clair, D. G., Geraghty, P. J., McKinsey, J. F., Mills, J. L. and Schanzer, A. (2015). Society for vascular surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication. *Journal of Vascular Surgery*, 61(3), 2-41.
- Crawford, F., Welch, K., Andras, A. and Chappell, F. M. (2016). *Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease*. The Cochrane Library.
- Criqui, M.H. (2001). Peripheral arterial disease-epidemiological aspects. *Vascular Medicine*, 6(1), 3.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of affective disorders*, 92(2), 185-193.
- Diefenbach, M. A., and Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Döşlüoğlu, H. H. (2014). Lower extremity arterial disease: general considerations. *Rutherford's Vascular Surgery*, 2, 1660-74.
- Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L. and Jones, A. (1992). The pain beliefs questionnaire: An investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51(3), 267-272.
- Edwards, R. R., Doleys, D. M., Fillingim, R. B., & Lowery, D. (2001). Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 316-323.
- Egberg, L., Andreassen, S. and Mattiasson, A. C. (2012). Experiences of living with intermittent claudication. *Journal of Vascular Nursing*, 30(1), 5-10.
- Erdil, F. ve Elbaş, N. Ö. (2001). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*. 4. Baskı. Ankara: 72 Tasarım-Ofset.
- Eti Aslan, F. (2005). Akut ağrı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(1), 24-31.
- Eti -Aslan, F. (2014). *Ağrı doğası ve kontrolü*. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Fowkes, F. G., Murray, G. D., Butcher, I., Heald, C. L., Lee, R. J. and Chambless, L. E. (2008). Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300(2), 197-208.

- Fox, M. (2012). QOF indicators for PAD: have the cavalry finally arrived. *Diabetic Foot Journal*, 15(2), 61-3.
- Gerhard-Herman, M. D., Gornik, H. L., Barrett, C., Barshes, N. R., Corriere, M. A. and Kinlay, S. (2017). 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: Executive summary. *Vascular Medicine*, 22(3), 1.
- Gibson, J. M. and Kenrick, M. (1998). Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 737-745.
- Girolami, B., Bernardi, E., Prins, M. H., ten Cate, J. W., Hettiarachchi, R., Prandoni, P. and Büller, H. R. (1999). Treatment of intermittent claudication with physical training, smoking cessation, pentoxifylline, or nafronyl: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 159(4), 337-345.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D. and Franco, S. (2014). Heart disease and stroke statistics—2014 update: A report from the American heart association. *Circulation*, 129(3), e28.
- Golomb, B.A., Dang, T.T. and Criqui, M.H. (2006). Peripheral arterial disease. *Circulation*, 114(7), 688-699.
- Gorely, T., Crank, H., Humphreys, L., Nawaz, S. and Tew, G. A. (2015). Standing still in the street: Experiences, knowledge and beliefs of patients with intermittent claudication—A qualitative study. *Journal of Vascular Nursing*, 33(1), 4-9.
- Hackam, D.G., Goodman, S.G. and Anand, S.S. (2005). Management of risk in peripheral artery disease: recent therapeutic advances. *American Heart Journal*, 150(1), 35-40.
- Hamburg, N. M. and Creager, M. A. (2017). Pathophysiology of intermittent claudication in peripheral artery disease. *Circulation Journal*, 81(3), 281-289.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. 50. Baskı. CRC Press. Culture, health, and illness. London: Hodder Arnold; 2007. 185-95.
- Hiatt, W. R. (2008). *Can measuring the ankle-brachial index improve public health?* *Journal AmColl Cardiol*, 52(21), 1736-42.
- Higgins, P. and Higgins, A. (2003). Epidemiology of peripheral arterial disease in women. *Journal of epidemiology*, 13(1), 1-14.
- Hinchliffe, R. J., Andros, G., Apelqvist, J., Bakker, K., Fiedrichs, S., Lammer, J. and Valk, G. (2012). A systematic review of the effectiveness of revascularization of the ulcerated foot in patients with diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 28(1), 179-217.
- Hirsch, A. T., Allison, M. A., Gomes, A. S., Corriere, M. A., Duval, S., Ershow, A. G. and Mendes, D.M. (2012). A call to action: Women and peripheral artery disease. *Circulation*, 125(11), 1449-1472.

- Hirsch, A. T., Criqui, M. H., Treat-Jacobson, D., Regensteiner, J. G., Creager, M. A., Olin, J. W. and McDermott, M. M. (2001). Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 286(11), 1317-1324.
- Hirsch, A. T., Haskal, Z. J., Hertzner, N. R., Bakal, C. W., Creager, M. A., Halperin, J. L. and Rosenfield, K. A. (2006). ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). *Circulation*, 113(11), e463-e654.
- Hirsch, A. T., Murphy, T. P., Lovell, M. B., Twillman, G., Treat-Jacobson, D., Harwood, E. M. and Howard, W. J. (2007). Gaps in public knowledge of peripheral arterial disease. *Circulation*, 116(18), 2086-2094.
- Hood, S. C., Moher, D., and Barber, G. G. (1996). Management of intermittent claudication with pentoxifylline: meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 155(8), 1053.
- Hüseyin, S., Yüksel, V., Halıcı, V., Sağıroğlu, G., Gürkan, S., Gür, Ö., Okyay, A., Canbaz, S., Ege, T. ve Sunar, H. (2014). Elektif vasküler cerrahi sonrası mortalite: Konuşmadığımız gerçekler. *Damar Cerrahi Dergisi*, 23(1), 19-23.
- İnternet: Bah, F. and Bhimji, SS. Peripheral Arterial Disease. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fbooks%2FNBK430745%2F%23%21po%3D86.3636&date=2018-01-07>, Son Erişim Tarihi: 07.02.2017.
- İnternet: International Association for the Study of Pain IASP. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.iasp-pain.org%2Feducation%2Fcontent.aspx%3FItemNumber%3D1698&date=2018-01-07>, Son Erişim Tarihi: 02.03.2017.
- İnternet: Markil, N. (2009). *Peripheral arterial disease. Texto proveniente de: Acsm's certified news.* URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.revdesportiva.pt%2Ffiles%2Fform_cont%2FPeripheral_Arterial_Disease.pdf&date=2018-01-07, Son Erişim Tarihi: 22.12.2017.
- İnternet: Mitchell, M. E., Mohler, E. R. and Carpenter, J. P. (2014). Overview of acute arterial occlusion of the extremities (acute limb ischemia). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.uptodate.com%2Fcontents%2Foverview-of-acute-arterial-occlusion-of-the-extremities-acute-limb-ischemia&date=2018-01-07>, Son Erişim Tarihi: 02.01.2018
- İnternet: WHO, (1986). World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva. World Health Organization. URL: www.who.int/cancer/en/, Son Erişim Tarihi: 02.12.2017
- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M. and Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, 55(6), 1577-1596.

- Johnstone, C. C. (2003). Living with peripheral vascular disease: a review of the literature. *Professional nurse (London, England)*, 18(8), 446-449.
- Kannel, W. B. (1996). The demographics of claudication and the aging of the American population. *Vascular Medicine*, 1(1), 60-64.
- Karabay, Ö., Karaçelik, M., Yılık, L., Tekin, N., İriz, A. B., Kumdereli, S. and Çalkavur, T. (2012). İskemik periferik arter hastalığı: Bir tarama çalışması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 450-457.
- Karaca, S., Demir, O., Aşkın, R. ve Şimşek, İ. (1996). *Ağrı ile başa çıkma ölçeği geçerlilik ve güvenirliği*. 5. Türk-Alman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi, Antalya.
- Kleinke, C. L. (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 16(6), 669-685.
- Koçoğlu, D. and Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*, 23(2), 64-70.
- Kuğuoğlu, S., Aslan, F.E., Olgun, N. (2003). McGill Melzack Ağrı Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlaması. *Ağrı*, 15(1), 47-52.
- Lamina, C., Linsenmeyer, J., Weissensteiner, H., Kollerits, B., Meisinger, C., Rantner, B. and Fraedrich, G. (2014). Correlation between a positive family risk score and peripheral artery disease in one case-control and two population-based studies. *Atherosclerosis*, 237(1), 243-250.
- Lane, D. A. and Lip, G. Y. (2009). Treatment of hypertension in peripheral arterial disease. *Cochrane Database Syst Review*, (4), CD003075.
- Lewis, C.D. (2001). Peripheral arterial disease of the lower extremity. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 45-63.
- Lindsay, P. H. and Norman, D. A. (2013). *Human information processing: An introduction to psychology*. 2. Baskı. London: Academic Press, Inc.
- Madia, C. (2012). Medical and surgical management of peripheral arterial disease. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 25(9), 52-56.
- McDermott, M. M., Criqui, M. H., Greenland, P., Guralnik, J. M., Liu, K., Pearce, W. H. and O'brien, M. P. (2004). Leg strength in peripheral arterial disease: associations with disease severity and lower-extremity performance. *Journal of Vascular Surgery*, 39(3), 523-530.
- McDermott, M. M., Greenland, P., Liu, K., Guralnik, J. M., Celic, L., Criqui, M. H. and Taylor, L. M. (2002). The ankle brachial index is associated with leg function and physical activity: The Walking and Leg Circulation Study. *Annals of Internal Medicine*, 136(12), 873-883.

- McDermott, M. M., Liu, K., Criqui, M. H., Ruth, K., Goff, D., Saad, M. F. and Sharrett, A. R. (2005). Ankle-brachial index and subclinical cardiac and carotid disease: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *American Journal of Epidemiology*, 162(1), 33-41.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R., Katz, J. (2001). The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. *Handbook of Pain Assessment*, New York, Guilford Press, 35-52.
- Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing*, 7(4), 148-152.
- Muir, R. L. (2009). Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention. *Journal of Vascular Nursing*, 27(2), 26-30.
- Murphy, T. P., Cutlip, D. E., Regensteiner, J. G., Mohler, E. R., Cohen, D. J., Reynolds, M. R. and Thum, C. C. (2015). Supervised exercise, stent revascularization, or medical therapy for claudication due to aortoiliac peripheral artery disease: the CLEVER study. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(10), 999-1009.
- Nadler, S. F. (2004). Nonpharmacologic management of pain. *Journal of the American Osteopathic Association*, 104(11), 6-11.
- Norgren, L., Hiatt, W. R., Dormandy, J. A., Nehler, M. R., Harris, K. A., Fowkes, F. G. R. and Tasc II Working Group. (2007). Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery*, 33(1), 1-75.
- O'Donnell, M. E., Reid, J. A., Lau, L. L., Hannon, R. J. and Lee, B. (2011). Optimal management of peripheral arterial disease for the non-specialist. *The Ulster Medical Journal*, 80(1), 33.
- Olin, J. W., White, C. J., Armstrong, E. J., Kadian-Dodov, D. and Hiatt, W. R. (2016). Peripheral artery disease: evolving role of exercise, medical therapy, and endovascular options. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(11), 1338-1357
- Pedrosa, D. F. A., Pelegrin, A. K. A. P., Siqueira, H. B. D. O. M., Silva, T. D. C. R. D., Colhado, O. C. G. and Sousa, F. A. E. F. (2011). Evaluation of the quality of life of clients with chronic ischemic pain. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(1), 67-72.
- Pedrosa, D. F. A., Siqueira, H. B. D. O. M., Gomez, R. R. F., Saltareli, S., da Silva, T. D. C. R. and Sousa, F. A. E. F. (2014). Evaluation of the perception of chronic ischemic pain in humans with peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Nursing*, 32(3), 82-87.
- Regensteiner, J. G., Ware, J. E., McCarthy, W. J., Zhang, P., Forbes, W. P., Heckman, J. and Hiatt, W. R. (2002). Effect of cilostazol on treadmill walking, community-based walking ability, and health-related quality of life in patients with intermittent claudication due to peripheral arterial disease: meta-analysis of six randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1939-1946.

- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B. and Fullerton, H. J. (2012). Heart disease and stroke statistics—2012 update. *Circulation*, 125(1), 2-220.
- Romero, R., Souzdałnitski, D. and Banack, T. (2011). *Ischemic and visceral pain*. In Essentials of pain management (pp. 545-556). Springer New York.
- Rooke, T. W., Hirsch, A. T., Misra, S., Sidawy, A. N., Beckman, J. A., Findeiss, L. K. and Moneta, G. L. (2011). Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Interventional Radiology; Society for Vascular Medicine; Society for Vascular Surgery. 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal Am Coll Cardiol*, 58(19), 2020-2045.
- Sadıkoglu, G., Özçakır, A., Uncu, Y. ve Yıldız, C. (2002). Periferik arter hastalıklarında risk faktörleri ve klinik bulgular. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3), 77-80.
- Şahin, Ş. (2004). Gender and pain. *Pain*, 16(2), 17-25.
- Samson, R. H. (2008). The role of statin drugs in the management of the peripheral vascular patient. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(4), 352-366.
- Schanzer, A., Hevelone, N., Owens, C. D., Beckman, J. A., Belkin, M. and Conte, M. S. (2008). Statins are independently associated with reduced mortality in patients undergoing infrainguinal bypass graft surgery for critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery*, 47(4), 774-781.
- Schorr, E.N. and Treat-Jacobson, D. (2013). Methods of symptom evaluation and their impact on peripheral artery disease (PAD) symptom prevalence: A review. *Vascular Medicine*, 18(2), 95-111.
- Selvin, E. and Erlinger, T. P. (2004). Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States. *Circulation*, 110(6), 738-743.
- Selvin, E., Marinopoulos, S., Berkenblit, G., Rami, T., Brancati, F. L., Powe, N. R. and Golden, S. H. (2004). Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 141(6), 421-431.
- Sertel-Berk, H.Ö. (2006). Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 787-800.
- Sigvant, B., Lundin, F. and Wahlberg, E. (2016). The risk of disease progression in peripheral arterial disease is higher than expected: a meta-analysis of mortality and disease progression in peripheral arterial disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 51(3), 395-403.

- Singh, D. (2006). Management of peripheral arterial disease: an overview. *The Internet Journal of Surgery*, 8(1), 1-7.
- Singh, S., Armstrong, E. J., Sherif, W., Alvandi, B., Westin, G. G., Singh, G. D. and Laird, J. R. (2014). Association of elevated fasting glucose with lower patency and increased major adverse limb events among patients with diabetes undergoing infrapopliteal balloon angioplasty. *Vascular Medicine*, 19(4), 307-314.
- Smith, L. (2012). Identifying and managing peripheral arterial disease. *Nursing Times*, 108(43), 12-14.
- Smolderen, K. G., Hoeks, S. E., Pedersen, S. S., van Domburg, R. T., de Liefde, I. I. and Poldermans, D. (2009). Lower-leg symptoms in peripheral arterial disease are associated with anxiety, depression, and anhedonia. *Vascular Medicine*, 14(4), 297-304.
- Su, Y., Liu, X. M., Sun, Y. M., Wang, Y. Y., Luan, Y. and Wu, Y. (2008). Endothelial dysfunction in impaired fasting glycemia, impaired glucose tolerance, and type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Cardiology*, 102(4), 497-498.
- Tavşanlı, N. G., Özçelik, H., Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25(3), 93-100.
- Tekin, N., Baskan, M., Yesilkayali, T. and Karabay, O. (2011). Prevalence of peripheral arterial disease and related risk factors in Turkish elders. *Biomed Central (BMC) Family Practice*, 12(1), 96.
- Temel, F., Basi, T.B. (2007) Bir Kohort Çalışması Örneği: Framingham Kalp Çalışması. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17(4), 28-40.
- Tendera, M., Aboyans, V., Bartelink, M.L., Baumgartner, I., Clement, D., Collet, J.P., Cremonesi, A., Carlo, M., Erbel, R., Gerry, F., Fowkes, R., Heras, M., Kownator, S., Minar, E., Ostergren, J., Poldermans, D., Riambau, V., Roffi, M., Rothert, J., Sievert, H., Sambeek, M., Zeller, T. (2012). ESC Periferik atardamar hastalıklarının tanı ve tedavi kılavuzları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşiv*, 1, 5-60.
- Treat-Jacobson, D., Halverson, S. L., Ratchford, A., Regensteiner, J. G., Lindquist, R. and Hirsch, A. T. (2002). A Patient-Derived Perspective of Health-Related Quality of Life with Peripheral Arterial Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 55-60.
- Vakili, H., Sadeghi, R., Doustali, K., Saadat, H., Namazi, M. H. and Safi, M. (2012). Evaluation of asymptomatic peripheral arterial disease by ankle-brachial index in patients with concomitant coronary arterial disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 6(4), 128.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A. and Coggeshall, M. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545-1602.

- Wann-Hansson, C., Hallberg, I. R., Klevsgård, R. and Andersson, E. (2005). Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 42(8), 851-862.
- Welten, G.M., Schouten, O., Chonchol, M., Hoeks, S.E., Bax, J.J., Van-Domburg, R.T. and Poldermans, D. (2009). Prognosis of patients with peripheral arterial disease. *Journal Cardiovasc Surgery*, 50(1), 109-21.
- White, J. V., Rutherford, R. B. and Ryjewski, C. (2007, March). Chronic subcritical limb ischemia: a poorly recognized stage of critical limb ischemia. *In Seminars In Vascular Surgery*, 20(1) 62-67.
- Williams, D. A. and Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358.





EKLER

EK-1. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU**I. Sosyodemografik Özellikler**

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli
4. Boyunuz:cm Kilonuz: kg BKİ: kg/m²
5. Eğitim durumunuz:

☐ Okur – yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite
6. Çalışıyor musunuz?

☐ Evet; Mesleğiniz:.....
 ☐ Hastalığım nedeniyle şu anda çalışmıyorum
 ☐ Çalışmıyorum
7. Sosyal güvenceniz: ☐ Var ☐ Yok
8. Gelir düzeyiniz:

☐ Geliri giderden az ☐ Geliri gidere denk ☐ Geliri giderden fazla
9. Evde birlikte yaşadığınız kişiler:

☐ Var; Açıklayınız:.....
 ☐ Yok
10. Periferik Arter Hastalığı dışındaki sağlık sorunlarınız / hastalıklarınız

☐ Var; ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Koroner Arter Hastalığı ☐ Kalp Yetmezliği
☐ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ☐ Böbrek Hastalığı
☐ Hiperlipidemi ☐ Diğer (Açıklayınız:.....)
 ☐ Yok
11. Alışkanlıklarınız

a. Beslenme alışkanlığı; ☐ Sebze ağırlıklı ☐ Et ağırlıklı

b. Egzersiz; ☐ Evet; Sıklığı: Haftada gün; Süresi: dk
☐ Hayır

 c. Sigara içme; ☐ Evet; Süresi: yıl; Sıklığı: Haftada ... gün; Miktarı ... sayı/gün
☐ Hayır
☐ Bıraktım (Tanı öncesi / sonrası belirtiniz)

d. Alkol kullanma; ☐ Evet; Süresi: ... yıl; Sıklığı: Haftada ... gün; Miktarı ... kadeh/gün
☐ Hayır
☐ Bıraktım (Tanı öncesi / sonrası belirtiniz)

II. Periferik Arter Hastalığı ve Ağrı Deneyimleri ile İlgili Özellikler

12. Periferik Arter Hastalığı tanısı ne zaman konuldu?.....
13. Periferik Arter Hastalığına ilişkin şikayetleriniz ve görülme süresi nedir?

.....

.....

EK-1. (devam) Hasta Bilgi Formu

14. Hastalığınızın evresi;

- ☐ Asemptomatik ☐ Klaudikasyon ağrısı ☐ İskemi ☐ Ülserasyon/Gangren

15. Periferik Arter Hastalığı ile ilgili ilaç kullanma durumu;

- ☐ Evet; Kullanılan ilaçlar
☐ Hayır (17. soruya geçiniz)

16. İlaçlarını düzenli kullanma durumu;

- ☐ Evet
☐ Hayır; Açıklayınız.....

17. Periferik Arter Hastalığına yönelik invaziv/girişimsel tedavi uygulanma durumu;

- ☐ Evet; Açıklayınız
☐ Hayır

18. Periferik Arter Hastalığına yönelik cerrahi tedavi uygulanma durumu;

- ☐ Evet; Açıklayınız.....
☐ Hayır

19. Periferik Arter Hastalığı nedeniyle deneyimlediğiniz ağrıyı **en yoğun** yaşadığınız zaman dilimi hangisidir?

- ☐ Gündüz ☐ Gece ☐ Her zaman

20. İstirahat sırasında uzuvlarınızda ağrınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

21. Ağrısız yürüme mesafeniz ortalama ne kadar?metre

22. Aşağıda deneyimlediğiniz ağrının yaşamınızı etkileme düzeyi ile ilgili önermeler yer almaktadır. Size uygun olanlarına 'Evet', uygun olmayanlarına da 'Hayır' seçeneğini işaretleyiniz.

Önermeler	Evet	Hayır
Yürüme mesafem kısaldı.		
Günlük aktivitelerimi kısıtladı.		
Günlük aktivitelerim için başkalarından yardım istememe neden oldu.		
Ağrı nedeniyle uyku düzenim bozuldu.		
Çalışma yaşamamı sınırladı.		
Sosyal yaşamımı sınırladı.		
Ağrım olduğunda öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygular hissediyorum.		

23. Hastalığınız ve ağrıyla başetme yöntemleri konusunda eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

24. 23. soruya cevabınız 'evet' ise, aldığınız eğitim sizin için yeterli oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

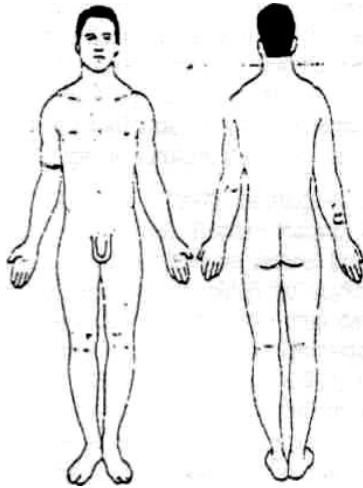
EK-2. McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Tarih:.....
 Klinik Sorun :.....
 Tanı :.....
 Analjezik (Şayet verilmişse)
 1.Tipi:.....
 2.Dozu:.....
 Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini
 belirtilen sayıyı daire içersine alın.
 1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)

Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi
 vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden
 oluşmuştur.
 (1) Ağrınızın yeri
 (2) Özelliği
 (3) Zamanla ilişkisi
 (4) Şiddeti
 Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok
 önemlidir.
 Lütfen her bölümün başında bulunan
 açıklamaları izleyiniz.

1.BÖLÜM: AĞRINIZ NEREDE?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerine ağrınızı
 nerede/nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz.
 Eğer ağrınız derinde ise **D** harfini, Yüzeyde ise
Y harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına
 yazınız. Şayet hem derinde hem yüzeyde ise
DY harflerini yazınız.

**2.BÖLÜM: AĞRININ ÖZELLİĞİ**

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı
 en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız. Uygun gelmeyenleri boş bırakınız.
 Her grupta sadece uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz.

- | | | | |
|-----------------|--------------------|-------------------|------------------|
| 1. Pır pır eden | 2. Sıçrayan | 3. Diken diken | 4. Çok keskin |
| Titreyen | Yansıyan | Oyuluyor gibi | Kesiliyor |
| Çarpan | Fırlayan | Deliyorlar gibi | gibi |
| Zonklayan | | Şiş saplanır | Yırtılır gibi |
| Vuran | | gibi | |
| Döven | | Şimşek çakar | |
| | | gibi | |
| 5. Kemirici | 6. Çekiştirici | 7. Sıcaklık veren | 8. Sızıyor gibi |
| sancı | Sürükleyici | Yakıyor gibi | Kaşınıtlı |
| Kasılır tarzda | Burkutucu | Haşlanıyor gibi | Acıtıcı |
| Eziliyor gibi | | Dağlayıcı | İğne batar |
| | | | gibi |
| 9. Kunt | 10. Hassas | 11. Yorucu | 12. Tiksindirici |
| Çıldırta | Gergin | Tüketici | Boğucu |
| Yaralayıcı | Törpüleyen | | |
| Sızlayan | Keskin | | |
| Yoğun | | | |
| 13. Korku veren | 14. Cezalandırıcı | 15. Biçere eden | 16. Usandıran |
| Korkunç | Bitap | Kör eden | Sıkıntılı |
| Dehşetli | düşürücü | | Perişan eden |
| | Dayanılmaz | | Yoğun |
| | Şiddetli | | tarzda |
| | Öldürücü | | Dayanılmaz |
| 17. Yayılan | 18. Sıkıntı verici | 19. Ürperten | 20. Sürekli |
| Dağılan | Uyuşuklaştır | Üşüten | Rahatsız |
| İçe işleyen | an | Donduran | edici |
| Delen | Hissizleştirilen | | Bulantı |
| | Sürükleyici | | veren |
| | Sıkıştırıcı | | İstirap veren |
| | Yırtıcı | | Berbat |
| | | | İşkence eder |

3. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ

1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

1. Devamlı Kararlı Sabit	2. Ritmik Periyodik Aralıklı	3. Genel Anlık Geçici
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?.....

3. Neler ağrınızı arttırıyor?.....

4. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimeye birleşirler. Bunlar;

1. Hafif	2. Rahatsız edici	3. Şiddetli	4. Çok şiddetli	5. Dayanılm az
----------	----------------------	-------------	--------------------	-------------------

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun
 rakamı yazınız.

1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?

2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?

3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?

4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrısını hangi kelime tanımlar?

.....

5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?

.....

6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?

.....

EK-3. Ağrı İnançları Ölçeği

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz:

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık
iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan, neye inanmanız gerektiğine dair hislerinize ya da bizim sizden neye inanmanızı beklediğimizle ilgili düşüncelerinize göre değil, gerçek inançlarınıza göre cevap vermenizdir.

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman
12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.
i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

EK-4. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği

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

Ağrım olduğunda

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

EK-4. (devam) Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği

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

EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2016-E.33968



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Öğr.Gör.Dr. Sevil GÜLER DEMİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı - Öğretim Görevlisi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba AKYAZ'ın tez çalışması olan "*Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı, Ağrı İnançları ve Ağrı ile Başetmenin Belirlenmesi*" adlı araştırma öneriniz Komisyonumuzun 25.02.2016 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın yapılacağı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'nden izin alınması koşuluyla, yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

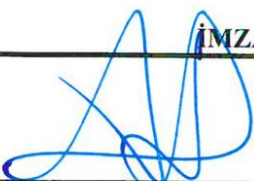
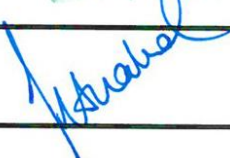
Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 25.02.2016		TOPLANTI SAYISI : 03	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)			
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)			
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN		KATILAMADI	
Prof.Dr.Ogün DOĞRU			
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL		KATILAMADI	
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZER		KATILAMADI	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR		KATILAMADI	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL			
Doç.Dr.Cumhur TUNCER		KATILAMADI	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA			
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK			
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ			
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACİÖMEROĞLU			

EK-6. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tez
Uygulama İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/02/2016-5817



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürüğü



Sayı : 14574941-100-
Konu : TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI
(TUBA AKYAZ) Hk.

ANKARA 3.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuba AKYAZ' ın Öğr. Gör. Dr. Sevil Güler DEMİR danışmanlığında yürüteceği " Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı ,Ağrı İnançları ve Ağrı ile Başetmenin Belirlenmesi " konulu tez çalışmasının uygulamasını Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi polikliniğinde yapabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Enstitü Müdürü

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://belgeuygulama.gau.edu.tr>
Emniyet Mah. Taç Sok. No: 3 06330 Etiler/Beşiktaş/İstanbul/İstanbul
Y. Mahallesi/ANKARA
Tel: 0 (312) 202 31 87 Faks: 0 (312) 232 49 85
e-Posta: saglik@gau.edu.tr İnternet Adresi: <http://saglik.gau.edu.tr/>

Paş. 03522
Bilgi için: Sate İNAN
Mimar
Telefon No: 202 26 52

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. (devam) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tez Uygulama İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/03/2016-E.10467

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KURUMSAL BİTİRİM VE ANKARA BİRLİĞİ
25/03/2016 E.104 - 78307406 - T.104.01 - E.2004
0000781258

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 78307406/774.01.01
Konu : Tez Çalışması / Tuba AKYAZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DAĞITIM YERLERİNE

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuba AKYAZ'ın, Öğretim Görevlisi Dr. Sevil Güler DEMİR'in danışmanlığında yürüttüğü "Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı, Ağrı İncirçaları ve Ağrı ile Başetmenin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını sağlık tesisinizde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi, üniversitenin 18/02/2016 tarihli ve 5817 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Tuba AKYAZ tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ifan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam- kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizce de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK:Yazı ve Ekler (16 sayfa)

Dağıtım:
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgi:
Gazi Üniversitesi (Ek Konulmadı)

Belgenin Anı Elektronik İmza ile 20/03/2016 tarihinde

Ankara İl 3. Bölge Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Demirbulaç Mah. Mamak Cad. No:11
Mamak ANKARA İlhan BÜYÜKCEBECİ İletişim: 03122019140 ilhan.buyukcebeci@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretleri <http://e-bilgi.saglik.gov.tr> adresinden 38428363-9cf4-434c-b414-98096dfe731b kodu ile orijini iletilmiştir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Katılımcı;

“Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrı Algısı, Ağrı İnançları ve Ağrı ile Başetmenin Belirlenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni periferik arter hastası olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın amacı, periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile baş etmelerinin belirlenmesidir. Araştırma, Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Kalp-Damar Cerrahisi Bölümlerinde yapılacaktır. Çalışmamızda size anket yöntemi uygulanacaktır. Anket formunda sosyodemografik özellikler, periferik arter hastalığı ve ağrı deneyimleri ile ilgili özellikler, ağrı algınız, ağrı inançlarınız ve ağrıyla başetmenizle ilgili sorular yer almaktadır. Çalışmamızda yer almayı kabul eden bütün hastalara aynı sorular sorulacaktır. Çalışma süresince size herhangi bir deneysel girişimde bulunulmayacaktır. Sizlerle görüşerek alacağım veriler kimliğiniz gizli tutularak yalnız bu araştırma için kullanılacak olup, amacın dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu formu imzalayınız.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başetmenin belirlenmesi amaçlanarak yapılan 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 herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden*

EK-7. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). 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. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba AKYAZ

EK-8. Ek Çizelgeler.

Ek Çizelge 8.1. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Sosyodemografik Özellikler	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
BKİ * İstatistiksel Analiz: r/p	,134/,237	,101 /,372	,031/,784	,058/,607	,096 /,398
Medeni durum** Evli	20,0 19,8±5,25	6,0 6,1±3,14	3,0 2,97±1,35	10,0 9,9±4,57	39,0 38,7±12,76
Bekâr	20,0 19,0±5,17	6,0 5,4±3,20	4,0 3,4±1,60	11,0 10,2±5,05	39,5 38,0±12,76
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,337/,736	-,734/,463	-,996/,319	-,337/,736	-,025/,980
Gelir düzeyi** Gelir giderden az	22,0 20,6±5,33	7,0 6,2±2,93	4,0 3,5±1,47	11,0 10,6±4,86	40,0 40,8±11,56
Gelir gidere eşit	20,0 19,2±5,15	6,0 5,9±3,26	3,0 2,9±1,33	10,0 9,5±4,44	39,0 37,6±11,31
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,468/,142	-,508/,612	-1,740/,082	-1,230/,219	-1,268/,205
Evde birlikte yaşadığı kişiler** Var	20,0 19,6±5,29	6,0 6,0±3,18	3,0 3,1±1,39	10,5 9,9±4,53	39,0 38,7±11,41
Yok	19,0 19,8±4,11	6,0 6,3±2,87	2,0 2,5±1,73	7,0 8,5±5,74	33,0 37,0±13,08
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,100/,924	-,056/,958	-,857/,423	-,554/,602	-,486/,647
PAH dışında kronik hastalık durumu** Var	20,0 19,6±5,28	6,0 5,3±3,14	3,0 3,1±1,38	10,0 9,9±4,54	39,0 38,6±11,45
Yok	21,0 19,8±4,66	7,5 6,8±3,37	2,0 2,5±1,64	11,0 9,8±5,41	40,0 39,0±12,10
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,147/,883	-,663/,503	-1,045/,296	-,009/,993	-,174/,862
Diabetes Mellitus** Var	20,0 19,79±6,01	7,00 6,21±3,16	3,00 3,30±1,40	11,00 10,21±4,46	40,00 39,52±11,89
Yok	20,0 19,51±4,64	6,00 5,85±3,16	3,00 2,87±1,39	10,00 9,60±4,68	36,00 37,98±11,15
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,309/,758	-,936/,349	-1,334/,182	-,829/,407	-,729/,466
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı** Var	21,0 21,2±4,20	5,0 5,8±3,63	3,0 3,4±1,14	8,0 8,2±3,63	39,0 38,6±6,65
Yok	20,0 19,5±5,28	6,0 6,0±3,14	3,0 3,0±1,42	11,00 10,0±4,62	39,0 38,6±11,69
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,757/,462	-,341/,743	-,640/,549	-,688/,511	-,338/,743
Alkol kullanıma alışkanlığı** Evet	19,0 17,7±4,86	6,0 5,6±3,38	2,0 2,6±1,50	10,0 8,9±4,76	36,0 34,9±11,07
Hayır	20,0 19,9±5,24	6,00 6,1±3,13	3,0 3,1±1,38	11,0 10,0±4,56	40,0 39,2±11,44
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,373/,170	-,423/,673	-1,064/,287	-,687/,492	-1,252/,211

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi ***Kruskal Wallis Testi

Ek Çizelge 8.2. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile MASF alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:80).

	McGill Melzack Ağrı Soru Formu				
	Duyusal	Algısal	Değerlendirme	Ağrının Çeşitli Yönleri	Total Skor
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Ekstremitelerde solukluk*					
Var	20,0 20,6±3,96	6,0 6,6±2,57	4,0 3,7±1,37	8,0 8,9±4,03	39,0 39,8±7,33
Yok	20,0 19,5±5,41	6,0 5,9±3,24	3,0 2,9±1,39	11,0 10,0±4,67	39,50 38,4±12,02
İstatistiksel Analiz: Z/p	-541/,589	-224/,823	-1,653/,098	-676/,499	-216/,829
Bacak kollarında dökülme*					
Var	21,0 20,0±5,97	6,0 5,9±3,18	4,0 3,4±1,39	7,0 7,1±2,61	39,0 36,4±10,35
Yok	20,0 19,6±5,18	6,0 6,0±3,16	3,0 3,0±1,40	11,0 10,1±4,64	39,0 38,8±11,56
İstatistiksel Analiz: Z/p	-495/,620	-172/,864	-722/,470	-1,590/,112	-648/,517
PAH ile ilgili ilaç kullanımı*					
Evet	20,0 19,7±5,26	6,0 6,1±3,12	3,0 3,1±1,39	11,0 10,0±4,61	39,0 39,1±11,42
Hayır	16,0 18,0±4,69	6,0 4,0±3,24	2,0 2,0±1,22	7,0 7,4±3,20	28,0 31,4±9,55
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,047/,311	-1,413/,169	-1,767/,084	-1,297/,203	-1,671/,096
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu*					
Evet	20,0 19,4±5,43	6,0 5,9±3,11	3,0 3,1±1,36	11,5 10,2±4,71	39,0 38,7±11,79
Hayır	21,0 21,7±3,66	8,0 7,36±2,97	4,0 3,5±1,57	8,0 9,0±4,07	41,0 41,6±9,01
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,420/,156	-1,358/,174	-888/,375	-797/,425	-697/,486
Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu*					
Evet	20,0 20,5±4,64	7,0 6,8±2,90	3,0 3,3±1,32	10,0 9,5±4,29	39,0 40,1±10,34
Hayır	20,0 19,3±5,43	6,0 5,67±3,20	3,0 3,0±1,43	11,0 10,0±4,71	39,0 38,0±11,85
İstatistiksel Analiz: Z/p	-874/,382	-1,302/,193	-1,092/,275	-411/,681	-718/,473

*Mann Whitney U Testi

Ek Çizelge 8.3. Bazı sosyodemografik özelliklerin ABÖ ve AİÖ Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Medeni durum*						
Evli	7,0 8,07±4,78	14,0 13,5±4,71	4,0 4,63±2,77	6,0 6,2±2,96	5,25 5,3±,48	1,50 1,6±,69
Bekâr	5,0 7,1±4,21	17,0 15,1±5,04	3,0 4,0±2,07	4,5 5,5±2,10	5,5 5,36±,74	1,4 1,33±,60
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,767/,443	-,1517/,129	-,769/,442	-,783/,434	-,1310/,190	-,1417/,157
Gelir düzeyi*						
Gelir giderden az	8,0 9,3±5,61	15,0 14,2±5,02	4,0 5,0±3,46	7,0 6,4±2,80	5,5 5,4±,59	1,3 1,5±,81
Gelir gidere eşit	6,0 7,3±4,08	14,0 13,6±4,69	4,0 4,3±2,20	5,0 5,9±2,86	5,3 5,2±,51	1,5 1,5±,62
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,1509/,131	-,874/,382	-,281/,779	-,1089/,276	-,1413/,158	-,779/,436
Evde birlikte yaşadığı kişiler*						
Var	7,0 7,9±4,52	14,0 13,7±4,84	4,0 4,5±2,66	5,0 6,0±2,85	5,4 5,3±,50	1,5 1,5±,65
Yok	5,5 8,3±8,01	16,0 14,5±3,78	5,5 5,8±2,75	8,0 7,3±2,36	5,0 4,8±,90	2,4 2,0±1,06
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,412/,694	-,354/,741	-,183/,257	-,1074/,307	-,1187/,248	-,1324/,197
PAH dışında kronik hastalık durumu*						
Var	6,5 7,98±4,79	14,5 13,71±4,94	4,0 4,59±2,73	5,0 5,93±2,86	5,3 5,29±,55	1,50 1,54±,669
Yok	6,0 6,83±2,92	14,5 14,50±1,87	3,5 3,66±1,36	8,0 7,50±2,07	5,4 5,27±,32	1,3 1,37±,847
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,304/,761	-,073/,942	-,531/,595	-,1740/,082	-,340/,734	-,690/,490
Diabetes Mellitus*						
Var	7,0 7,60±3,97	15,0 14,06±5,01	4,0 4,57±2,52	5,0 6,00±2,78	5,4 5,38±,51	1,5 1,57±,80
Yok	6,0 8,10±5,15	14,0 13,57±4,65	4,0 4,48±2,78	6,0 6,08±2,90	5,37 5,23±,55	1,5 1,50±,58
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,178/,859	-,500/,617	-,304/,761	-,069/,945	-,1183/,237	-,601/,548
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*						
Var	5,0 6,00±2,34	16,0 14,60±4,56	3,0 3,60±1,51	7,0 6,80±2,77	5,3 5,17±,53	1,5 1,50±,56
Yok	7,0 8,02±4,77	14,0 13,72±4,81	4,0 4,58±2,72	5,0 6,00±2,85	5,4 5,30±,54	1,5 1,53±,69
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,813/,436	-,399/,700	-,690/,511	-,685/,511	-,559/,588	-,120/,908
Beslenme alışkanlığı*						
Sebze	5,0 7,66±4,51	15,0 14,39±4,71	4,0 4,18±1,99	5,0 5,66±2,78	5,4 5,37±,47	1,5 1,56±,66
Et	7,0 8,06±4,83	14,0 13,34±4,82	4,0 4,76±3,05	6,0 6,31±2,87	5,4 5,23±,57	1,5 1,51±,70
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,380/,704	-,1137/,256	-,394/,694	-,1065/,287	-,928/,353	-,325/,745

*Mann Whitney U Testi

Ek Çizelge 8.4. Hastaların PAH, tedavi ve ağrı deneyimleri ile ABÖ ve AİÖ puanlarının karşılaştırılması (N:80).

Ölçek Alt Boyutları/Değişkenler	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	AİÖ-O	AİÖ-P
	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$	Median $\bar{X} \pm SS$
Ağrı şikayet süresi* İstatistiksel Analiz: r/p	-,074/,513	-,078/,490	-,078/,490	,178/,114	,052/,644	,089/,432
Bacak kollarında dökülme** Var	8,0 10,28±5,46	17,0 15,28±4,68	6,0 6,00±2,88	7,0 7,00±3,46	5,2 5,28±,482	1,5 1,64±,659
Yok	6,0 7,67±4,57	14,0 13,63±4,79	4,0 4,38±2,62	5,0 5,95±2,78	5,4 5,29±,543	1,5 1,52±,684
İstatistiksel Analiz: Z/p	-1,384/,166	-,871/,384	-1,711/,087	-,639/,523	-,453/,650	-,292/,770
PAH ile ilgili ilaç kullanımı** Evet	6,0 7,94±4,76	15,0 13,88±4,82	4,0 4,45±2,65	6,0 6,04±2,88	5,4 5,34±,47	1,5 1,50±,66
Hayır	7,0 7,20±3,56	11,0 12,20±4,08	7,0 5,60±2,88	5,0 6,20±2,16	5,00 4,60±,92	2,00 2,05±,76
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,110/,923	-,937/,361	-,852/,415	-,393/,714	-1,847/0,66	-1,603/,114
Cerrahi Girişim Uygulanma Durumu** Evet	5,0 7,73±4,67	15,0 14,78±3,80	3,0 4,21±1,97	7,0 6,91±3,24	5,4 5,33±,44	1,5 1,65±,63
Hayır	7,0 7,96±4,72	14,0 13,36±5,09	4,0 4,64±2,90	5,0 5,70±2,60	5,3 5,28±,57	1,5 1,48±,67
İstatistiksel Analiz: Z/p	-,419/,676	-,837/,403	-,146/,884	-1,557/,119	-,021/,983	-,8320/,406

*Spearman Korelasyon Testi **Mann Whitney U Testi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : AKYAZ, Tuba
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 25.11.1988 - Ankara
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0534 717 52 18
 E-posta : tuubaakyaz@gmail.com



Eğitim

Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012
Lise	İbn-i Sina Lisesi/Ankara	2005

İş Deneyimi

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2014 - Halen	Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Dahiliye Yoğun Bakım Hemşiresi
2012- 2014	Gazi Üniversitesi Hastanesi	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi
2012	Medicana International Ankara Hastanesi	Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Akyaz, T. ve Güler-Demir, S. (2016). *Periferik Arter Hastalığı Olan Genç Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy Uyum Modelinin kullanımı: Olgu sunumu*, Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Kongresi. Poster Bildiri, Antalya.

Akyaz, T. ve Güler-Demir, S. (2016). *Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ağrıyla Başetme Ve Yaşadıkları Sorunlar: Olgu Serisi*. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Kongresi. Poster Bildiri, Antalya.

Erdoğan, Z., Akyaz, T. ve Güler-Demir, S. (2015). *Legg Calve Perthes Hastalığı: Olgu Sunumu*. XXV. Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi VII. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi. Sözlü Sunum, Antalya.

Katıldığı Konferans, Sempozyum, Kongre, Panel, Kurs vb. Bilimsel Toplantılar

Akyaz, T. (2014-6 Kasım). *Kolorektal Kanserlerde Hemsirelik Uygulamaları*. Memorial Ankara Hastanesi, Ankara.

Akyaz, T. (2016-20 Nisan). *Endnote Eğitim Semineri*. Gazi Üniversitesi, Ankara.

Akyaz, T. (2016-3-6 Kasım). *14. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği Kongresi*, Antalya.

Dernek Üyeliği

- Türk Hemşireler Derneği, Üye (12.12.2015-...)
- Türk Hemşireler Derneği, Denetim Kurulu Başkanı (12.12.2015-...)
- Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği, Üye (06.06.2012-...)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

