

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
ENDÜSTRİ VE ÖRGÜT PSİKOLOJİSİ PROGRAMI

**KAS İSKELET SİSTEM HASTALARINA KARŞI
FARKLI TERAPİ YAKLAŞIMLARININ YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİLEK KILIÇ

061107104

Danışman Öğretim Üyesi:
Prof. Dr. NURSEL TELMAN

İstanbul, Nisan 2010

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
ENDÜSTRİ VE ÖRGÜT PSİKOLOJİSİ PROGRAMI

**KAS İSKELET SİSTEM HASTALARINA KARŞI
FARKLI TERAPİ YAKLAŞIMLARININ YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİLEK KILIÇ


061107104

Danışman Öğretim Üyesi:
Prof. Dr. NURSEL TELMAN


İstanbul, Nisan 2010

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,


24.05.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Dilek KILIÇ'a ait "**Kas İskelet Sistem Hastalarına Karşı Farklı Terapi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliği**" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Endüstri ve Örgüt Psikolojisi Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Nursel TELMAN
(Başkan)
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Levent ÖNEN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)

ÖZET

Kılıç, D., Kas İskelet Sistem Hastalıklarına karşı farklı terapi yaklaşımlarının yaşam kalitesi üzerine etkinliği, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Endüstri Psikolojisi Programı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010.

Bu çalışmada amacımız KİSH olan kişilere uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon terapi programına ek olarak grup terapisi ve gevşeme egzersizleri de uygulandığında hastaların yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır.

Bu amaçla; Fibromiyalji, Boyun, bel, diz, el, hemipleji, omuz bölgelerinden rahatsızlıkları olan KİSH hastalardan 200 kişi arasından seçilen, 62 kadın 38 erkek toplam 100 kişi denek grubunu, 68 kadın 32 erkek toplam 100 kişide kontrol grubunu oluşturmuştur. Denek grubu ve kontrol grubu aynı fizik tedavi programına katılmıştır. Çalışma grubuna fizik tedavi programı dışında gevşeme egzersizleri ve grup terapisi uygulanmıştır. Çalışma gurubu ve kontrol gurubundaki olguların tedavi öncesi ve sonrası BDE değerleri ve SF-36 Yaşam Kalitesi anket değerleri ölçümleri yapılmıştır. Yapılan ölçüm sonuçlarına göre tedavi sonrası BDE ölçümlerinin ve Yaşam Kalitesi SF-36 anket değerlerinin kontrol grubuna göre çalışma gurubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Çalışma grubundaki olguların sağlıkla ilgili yaşam kalite düzeyleri SF-36 anketinin; Fiziksel fonksiyon , Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeklerde kontrol grubuna göre çalışma gurubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$)

Çalışmamızın sonucunda KİSH tedavisinde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ek olarak gevşeme egzersizleri ve grup terapisi de uygulanırsa, hastaların sağaltımlarında depresyon düzeylerine ve yaşam kalitesine olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuç literatür ile uyumludur.

Anahtar Kelimeler: KİSH, yaşam kalitesi, FTR, gevşeme egzersizleri, grup terapisi.

ABSTRACT

Kılıç, D. Maltepe University Social Sciences Institute Psychology Department- Industry Psychology Programme Proficiency Thesis, İstanbul, 2010: The effect of different therapy approaches to the illnesses of Muscle and Skeleton System Illnesses on the quality of life.

Our aim of this study is to research the effect of group therapy and the relaxing exercises on the patients' life quality together with the physical therapy and rehabilitation therapy applied on the people with MSSSI

Within this aim: elected among 200 MSSSI patients with the problems in their Fibmyalgia, neck (collum), lumbar, waist, knee, hand , hemiplegia, shoulder parts , 62 women plus 38 men total 100 people have constituted a subject group, 62 women plus 38 men total 100 people have constituted a control group. The subject and the control group have attended to the same physical therapy programme. Relaxing exercises and group therapy have been applied to the training group besides the physical therapy programme. The values of BDE before and after the treatment of phenomenons of training group and the control group SF-36 Life Quality questionnaire values have been calculated. According to the results of the calculation a statistically reasonable difference has been found in favour of training group compared with the control group in the aspects of BDE calculations before and after the treatment and SF-36 Life Quality questionnaire values ($p < 0,05$). The life quality level of the phenomenons related with the health in the training group of SF-36 quastionnaire: physicial function, hurdle of physical role , ache, social function, hurdle of emotional role in the subscales; a statistically reasonable difference has been found in favour of the training group compared with the control group ($p < 0,05$).

At the end of our study: in the MSSSI treatment if relaxing exercises and group therapy are applied in addition to the physical therapy and the rehabilitation applications; positive effects on the depression level and the quality of life can be seen. The result is in accordance with the literature.

Keywords: MSSSI, depression, life quality, physical therapy, relaxing exercises, group therapy.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TEŞEKKÜR.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XII
1.GİRİŞ.....	1
1.1. KAS İSKELET SİSTEM HASTALIKLARI NEDİR.....	4
1.1.1. Kas İskelet Sistem Hastalıkları Tanımı.....	4
1.1.2. Kas İskelet Sistem Hastalıkları Türleri.....	6
1.1.2.1.Fibromiyalji.....	6
1.1.2.2 Miyofasial Ağrı.....	9
1.1.2.3. Boyun ve Kol Ağrısı.....	10
1.1.2.4. Romatizmal Hastalıklar.....	11
1.1.2.5.Karpal Tunel Sendromu.....	12
1.1.2.6.Sırt Ağrısı.....	13
1.1.2.7. Bel Ağrısı.....	13
1.1.3. KISH Semptomları.....	15

1.1.3.1 Ağrı.....	15
1.1.3.2. Depresyon	17
1.2. KISH TOPLUMSAL VE EKONOMİK BOYUTU.....	21
1.3. TERAPİ YÖNTEMLERİ.....	25
1.3.1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	25
1.3.2. Grup Terapisi	29
1.3.3. Gevşeme Egzersizleri	31
1.4. YAŞAM KALİTESİ.....	32
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	34
1.5.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ.....	35
1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	36
BÖLÜM II. YÖNTEM.....	37
2.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	37
2.2. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
2.2.1 Bilgi Formu:	40
2.2.2.Beck Depresyon Envanteri (BDE):	40
2.2.3.Yaşam Kalite Ölçeği Kısa form36 (SF-36) Sağlık Taraması..	42
2.2.4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon.....	43
2.2.5. Grup Terapisi.....	44
2.2.6. Gevşeme Egzersizleri.....	45
2.3. İŞLEM	46

2.3.1. Anket Formu ve BDE ile SF-36 Testlerinin Uygulanması	.46
2.3.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yapılırken	.....47
2.3.3. Gurup Terapisi Yapılırken	.....48
2.3.4. Gevşeme Egzersizleri Yapılırken	.....50
2.4. ARAŞTIRMANIN VERİ ÇÖZÜMLEME YÖNTEMİ	

BÖLÜM III.

3. BULGULAR	.....55
3.1.Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzdeleri	.....39
3.2. Tablo 2: Sosyo - Demografik Değişkenlerden; Çalışanların İşinden Memnun Olma ve Olmama Durumu ile BDE Değerleri Arasındaki İlişki (Her iki grup tedavi öncesi)	.....55
3.3. Tablo 3 : Ölçeğin Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayıları	.....56
3.4. Tablo 4: Grup 1 ve Grup 2 Denekleri Arasında Tedaviye Başlamadan Önce Anlamlı Bir Fark Olup Olmadığının BDE Değerlerine Göre Tespiti	.....57
3.5. Tablo 5: Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2' e ait SF – 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının İncelenmesi	.....58
3.6.Tablo 6: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Grup 1' e Göre İncelenmesi;	.....59
3.7. Tablo 7: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Grup 2' ye Göre İncelenmesi;	.....60
3.8. Tablo 8: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 1 için:	.....61
3.9. Tablo 9: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 2 için:	.....62

3.10. Tablo 10: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Yaşam Kalitesi SF – 36 Ölçeğinin Alt Boyut Düzeylerinin İncelenmesi	63
3.11. Tablo 11: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Depresyon düzeyinin İncelenmesi	
3.12. Tablo 12: Grup 2’ de Fibromiyalji hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi.....	64
3.13. Tablo 13: Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2 de yer alan tüm denekler arasında Fibromiyalji Hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi.....	66
4. TARTIŞMA.....	67
5. KAYNAKLAR.....	78
6. EKLER.....	88
7. ÖZGEÇMİŞ.....	97

SİMGELER VE KISALTMALAR

PGE:	Progresif Gevşeme Egzersizleri
ATUB:	Avrupa Doktorları Daimi Komitesi
UEMS:	Union of European Medical Society
FTR:	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
BUT:	Bütçe Uygulama Tebliği
DİE:	Devlet İstatistik Enstitüsü
KİSH:	Kas İskelet Sistem Hastalıkları
GAS:	Görsel Analog Skala
P:	İstatistiksel Yanılma Payı
FM:	Fibromiyalji
FMS:	Fibromiyalji Sendromu
AS:	Ankilozan Spondilit
BASDAİ:	Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi
BAÖ:	Beck Anksiyete Ölçeği
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
KYA:	Kısa Yeti Yitimi Anketi
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
HHA:	Hipotalamus – Hipofiz - Adrenal
SPSS:	Statistical Package of Social Science
HIS/MOS:	Health Insurance Study Experiment / Medikal Outcomes Study
BDE:	Beck Depression Inventory (Beck Depresyon Envanteri)
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
SIP:	Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Profili)
NHP:	Nothingam Health Profile (Nothingam Sağlık Profili)
QWB:	Quality of Well-Being (Esenlik Kalite Skalası)
SASS:	Self Anchoring Striving Skala (Kendini Kontrol Uğraş Skalası)

IWB:	İndex of Well-Being (Esenlik İndeksi)
SQLI:	Stritzer Quality of Life İndexs (Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi Anketi)
MNIQ:	Mc Master Health İndexs of Questionnaire (Mc Master Sağlık İndeksi Anketi)
TTO:	Time Trade Off (Zaman Dengeleme)
KS:	Karnofsky of Scale (Karnofsky Skalası)
SF-36:	The MOS 36 İtem Short Form Health Survey(36 soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması)
EMG:	Elektromyografi
KTS:	Karpal Tunel Sendromu
RA:	Romatoid Artrit
MS:	Miyofasial Ağrı
KİS:	Kas İskelet Sistemleri
WHO:	World Health Organization
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzdeleri

Tablo 2: Sosyodemografik değişkenlerden; Çalışanların İşinden Memnun Olma ve Olmama durumu' ile BDE değerleri arasındaki ilişki.

Tablo 3 : Cronbach's Alfa Değeri

Tablo 4 : Grup 1 ve Grup 2 denekleri arasında tedaviye başlamadan önce anlamlı bir fark olup olmadığı BDE değerlerine göre tespiti.

Tablo 5: Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2' e ait SF – 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının İncelenmesi

Tablo 6: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi, Grup 1 için:

Tablo 7: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 2:

Tablo 8: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 1 için:

Tablo 9: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi

Tablo 10: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Depresyon düzeyinin İncelenmesi

Tablo 11: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Yaşam Kalitesi SF – 36 leğinin Alt Boyut Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 12: Grup 2’ de Fibromiyalji hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi.

Tablo 13: Tedavi ncesi Grup 1 ve Grup 2 de yer alan tüm denekler arasında Fibromiyalji Hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi

GİRİŞ

Günümüzde sağlık, eskisi gibi yaşamla ve canlı olmakla eşdeğer tutulmamaktadır. *‘Bireyin biyo-fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik, kültürel ve spiritüel her boyutu arasında dengeli esenlik hali ve iyilik durumunun en üst düzeyi olarak açıklanmaktadır. Bu kavram içine, sağlığın korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra yaşam kalitesinin artması da girmektedir’* (Biro, 1997).

Wijnhoven ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmalara göre, kas iskelet sistem hastalıkları (KİSH) tüm dünya da en sık görülen hastalıklardan biridir. Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle bu hastalıkların görülme sıklığı önemli bir şekilde artmaktadır.

Özcan (2002) araştırmalarında, KİSH'nin yarattığı bireysel sıkıntılar nedeniyle, çalışanlarda sıklıkla karşılaşılan iş gücü kaybı, üretim kalitesinin düşmesi, ülke ekonomisine olumsuz etkisi konunun ciddiyetini arttırmaktadır. KİSH larının meslekle bağlantısı ilk olarak 18.y.y başlarında tanımlanmıştır. Bu tarihten itibaren yapılan epidemiyolojik araştırmalar sorunun büyüklüğünde bir değişim sağlayamadığından, ancak alınan önlem politikaları gelişmiş ülkelerde çok anlamlı sonuçlar sağlamıştır.

Delisa ve arkadaşlarının(2007) araştırmalarında yazılı tarihe işaret ederek Aesculapius'tan beri egzersizler, masaj, vb. gibi fizik tedavi ajanları çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmış ve kullanımları hakkında tıp öğrencilerine eğitim verildiğini belirtmiştir.

KİSH denildiğinde akla ilk gelen tedavi fizik tedavi ve rehabilitasyon olmuştur. Bununla beraber fizik tedavi uzman hekimleri bu hastalıkla mücadele ederken multidisipliner yaklaşımın her zaman daha iyi sonuç verdiğini belirtmişlerdir. Bu yaklaşımlardan ikisi progresif gevşeme egzersizleri ve grup terapisi. Her iki uygulamada bu araştırmada kullanılmıştır.

Progresif gevşeme egzersizleri Jacobson tarafından 1920'li yıllarda geliştirilmiştir. Vücuttaki büyük kas gruplarının istemli olarak gevşetilmesini içeren bir egzersiz türüdür (Jacobson 1989).

Gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesinin öğeleri olan fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile yaşam doyumunu üzerinde olumlu etkilerinin olduğu farklı hasta grupları üzerinde gösterilmiştir (Jacobson 1989).

Güner (2009)'in aktarımlarıyla Yalom'un araştırmalarından, Grup Terapisi ilk olarak Joseph Hershey Prott tarafından 1905 yılında Tüberküloz hastalarına haftada bir gün gerçekleştirilen 25 dakikalık toplantılar Şeklinde başlamıştır. 1940'lı yıllardan bu yana giderek yaygınlaşan Grup Terapisi, özellikle batı toplumlarında oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır

Yaşadığımız Şu günlerde lkemizde sağlıkta kaliteyi hedefleyen birçok yenilik ve çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle kamu hastanelerinde başlatıp, özel hastanelerle devam eden sağlıkta kalite standartları ve hastane puanlamalarında amaç; hastaların iyileşme sürecinde yaşam kalitesini yükseltmek ve en iyi hizmeti

sunmak olarak vurgulanmaktadır. Sağlık artık sadece fiziksel ya da sadece ruhsal boyutta dūşünölmeyip, her yönden tam iyilik hali olarak kabul edilmektedir. Bu düşünce gelişmekte olan ölkemizde kabul görmektedir. Sağlıkta kaliteyi yakalamak adına yapılan çalışmalarla ölkemizdeki tıpta gelişmişlik, batı da ki gelişmiş ölkeleri aratmayacak niteliktedir.

Akyol(1992)'un aktarımlarında, Yaşam kalitesi kavramı yıllarca felsefenin tartışma konusu olmuştur. İlk dönemlerde mutluluk, yalnızca başarı anlamında kullanılırken, antik ve ortaçağ da kavram, insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzellikler sahip olması olarak algılanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji bilimlerinin konu alanına girmiştir. 1970'li yıllarda ise psikologlar, yaşam doyumu boyutunu gündeme getirmişti.

Küçükdeveci (2005) araştırmalarında Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklanmaktadır. Fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri tam yapabilme, fonksiyonel yetersizlik olmaması, çalışma durumundan sıkıntı duyulmaması, hastalık semptomları olmaması, gibi sağlık durumuyla ilgili konuları kapsamaktadır.

Yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleri ise; temel olarak psikolojik iyilik halini yansıtır ve bireylerin kendi yaşam deneyimlerini tanımlamasına dayanır. Emosyonel iyilik hali ve yaşam doyumu gibi psikolojik etkileri ile ilgili konuları kapsamaktadır.

1.1. KAS İSKELET SİSTEM HASTALIKLARI NEDİR?

1.1.1. Kas İskelet Sistem Hastalıkları Tanımı

‘Kolay anlaşılır gibi görünmesine rağmen, sağlık ve hastalık kavramları günümüzde kesin sınırlarla ayrılarak gösterilmemektedir. Sağlık profesyonelleri bu kavramları tanımlarken, bireyin yaşam tarzına, kültürel birikimine, inanç ve değerlerine, ekonomik ve psikososyal durumlarına, kısaca bireyin tüm boyutlarına önem vermekte ve bu kavramları esenlikle bütünleştirerek açıklamaktadırlar. (Babadağ 1996). İnsan vücudunun sağlıklı olma durumu dışındaki kavramı hastalık olarak nitelendirirsek, binlerce hastalık durumundan bir tanesi de KİSH’larıdır.

Cohen (1997), KİSH kaslarda sinirde, tendonlarda, kıkırdakta bağlarda birleşme noktalarında ve disklerde (omurgada) meydana gelen rahatsızlıklar, diye tanımlamıştır.

Kas İskelet Sistemi vücuttaki istemli kasların(çizgili) tendonlar (bağ doku) aracılığıyla kemiklerin iki ucuna bağlanmasından oluşur. İskelet sistemini oluşturan kasların üzerine uygulanan mekanik bası ile uygulanan güç yönünde uzuvların hareketi sağlanır Arasıl (2009).

İnsan vücudunun önemli bir kısmını oluşturan Kas İskelet Sistemi (KİS), kemikler, kaslar, eklemler, kartilajlar Ligamentler, tendonlar faysa ve bursa gibi dokulardan oluşur (Menekşe 2005).

‘Postur; Vücut parçalarının göreceli düzeni olarak

tanımlanır'.(Müslümanoğlu 1998). Duruş ve Postur, iç organların korunması, hareket, kan hücrelerinin üretimi ve mineral depolama gibi görevleri olan kemikler, birbirine kas ve eklemlerle bağlıdır. Dokular(Ligamentler, tendonlar, kartilajlar, faysa ve bursa) ise kemikler arasındaki bağlantıda görev alan diğer dokulardır (Menekşe 2005).

Vücudun destek sistemini ve posturu oluşturan iskeletin en önemli elemanlarından biri vertebral kolon (omurga) dır. 33 (bazen35) adet vertebra isimli kemik yapının üst üste gelmesiyle oluşan vertebral kanal içinde, sinirsel yapılardan oluşan spinal kort (medulla spinalis) yer alır (Akı, 2000).

Vertebral kolon , medulla spinalis ile uzantısı olan nöral yapıların korunması, günlük yaşam aktiviteleri için gerekli olan hareketin sağlanması, ağırlık taşıma ve darbelere karşı esneklikle spinal kordun korunması gibi birtakım görevleri üstlenmiştir. Kavisli ve hareketli yapısıyla vücudun ağırlık kaldırma ve yük taşıma kapasitesini artırır (Akı 2000).

Şar (2002) nin araştırmalarından, Vücut ağırlığının taşınmasında önemli fonksiyonu olan intervertebral disklere binen yük, vücudun değişik pozisyonlarında farklı şiddetlerde hissedilir. Örneğin, 70kg ağırlığında bir bireyde 13 diskin binen yük, yatarken 20kg iken, ayakta dik duruşta 100kg ve dik oturma sırasında ise 150kg'a kadar çıkabilmektedir. Özellikle gövde fleksiyonunda disklere binen yük, çok daha fazla artabilmektedir. Yatar pozisyonda, disk üzerine binen 25kg' lık bir yük, öne eğik pozisyonda ise, vücut ağırlığı omurga tarafından taşınmadığı için hissedilen yük minimum düzeydedir. Bu örnek, vücut pozisyonunun ağırlık kaldırma kapasitesinde ne derece önemli bir rol oynadığını açıkça göstermektedir.

Cohen (1997)'e göre KISH nedenleri; bireysel tepkilerden dış yüklenmelere kadar çeşitli nedenlerin sonucudur. Statik postürlerde bile bizi en fazla etkileyen kuvvet yerçekimidir. Diğer kuvvetler işin gerektirdiği kuvvetlerdir. Yaş cinsiyet bağdokusunun yapısı anatomik yapı, antropometri, veya genel sağlık gibi bireysel faktörlere bağlı olarak dış yüklenmeler dokular üzerinde farklı mekanik etkilere neden olur. Mekanik etkiye verilen tepki doğrudan mekanik olabilir veya metabolik bir yanıt olabilir. Bununla birlikte yorgunluğu atlatma yaralanan dokuların rejenerasyonu veya yapıları kuvvetlendirme gibi farklı adaptasyon yöntemleri kullanan insan vücudu değişik yüklenmelere uyum sağlayabilmektedir. Yetersiz adaptasyonlar kas iskelet sistem bozuklukları ile sonuçlanmaktadır. Yüklenme kişinin kapasitesinin çok üzerindeyse sonuç bir hastalık veya bozukluk olacaktır. Çok düşük dozlardaki yüklenmeler ise kapasitede azalmaya neden olacaktır.

KISH, postürü oluşturan destek dokularının yanı sıra sinirler ve gruplarını ilgilendiren sorunların genel bir başlık altında toplanmış şeklidir. Bu hastalıklar tüm vücut bölümlerinde görülebildiği gibi, özellikle vücudun alt ve üst ekstremiteleri ile sırt bölümünde yoğunlaşırlar.

1.1.2. Kas İskelet Sistem Hastalıkları Türleri

KISH'larından bazıları aşağıda detaylandırılmıştır.

1.1.2.1.Fibromiyalji

Yunus (2002) araştırmalarında '*Fibromiyalji Sendromu (FMS); yaygın kas ağrıları, yorgunluk, bitkinlik ve uyku bozukluğu ile seyreden kronik bir hastalıktır*'.
'

Sivas (2009) aktarımlarında '*Toplumun % 2 kadarında görülür. Hastalık kadınlarda çok daha sık görülür. Çocukluk çağında bile görülebilir. Kaslarda, fibroz dokuda, bağlarda ve kirişlerde ağrı vardır. Sık rastlanan ve sebebi bilinmeyen bir kronik ağrı sendromudur.*'

Uslu (2008) aktarımlarında FMS' de röntgen filmleri, kan tahlilleri ve kas biyopsileri normaldir. Teşhis tamamen hastanın ifadesine ve doktorun muayenesine göre konulur. Bir hastaya FMS demek için ağrıların en az 3 ay sürmesi, sabah yorgunluğu ve vücutta belli sayıda hassas noktaların olması gerekir. Belirtileri; Yaygın kas iskelet sistemi ağrıları hastaların en önemli şikayetidir. '*FMS'li hastalar daha sık olarak boyun ve bel ağrısı nedeniyle hekime başvurumaktadırlar. Bunu omuz, sırt, kol, kalça, diz ve ayak ağrıları takip etmektedir. Hastaların çoğu her tarafındaki yaygın ağrıdan bazen de bir tarafının ağrısından bahsetmektedirler*'. Akkuş(1998) Hastanın genel durumunun değerlendirilmesinde bir bozukluk yoktur, ancak hassas noktalar adını verdiğimiz ağrı noktaları vardır. FMS' li hastaların % 90'ında orta veya ileri derecede yorgunluk, dayanıklılıkta azalma ve bir çeşit tükenmişlik hali vardır, bazen yorgunluk ağrıdan daha önemli olabilir. FMS' li hastaların büyük çoğunluğunda uyku problemleri vardır. Bunlar derin uyku uyuyamazlar ve gece boyunca sık sık uyanırlar ve sabahları yorgun kalkarlar. Bazı hastalarda ise fazla uyku vardır. Fibromiyalji sendromlu hastalarda, uykunun süresinden çok dinlendirici olmaması önemlidir. Uykusuzluk ve yorgunluk, keyifsizlik, ilgisizlik, dayanıklılık azalması ve tükenmişliğe yol açar.

Ruh halindeki değişiklikler, FMS da sık görülen bir bozukluktur. Hastaların çoğunda bir hüznün, bir yıkılmışlık vardır. Hastaların 1/4'de belirgin bir depresyon bulunur. Ancak hastaların çoğunda depresyona ait belirtiler vardır. FMS' li hastalar

aynı zamanda asabi ve tahammülsüz insanlardır. Bu hastaların bir işe yoğunlaşma ve basit problemleri çözme kabiliyetleri azalır.

Bağış(2008) *'Bu hastalarda temel bulgu ağrı olmakla birlikte yorgunluk (%96), uyku bozukluğu (%83), gerilim tipi baş ağrısı, migren (%70), kognitif bozukluk (%46), irritabl barsak sendromu(spastik kolon) (%60), irritabl mesane sendromu (%12-35), temporomandibuler disfonksiyon (%60) gibi bulgular da gözlenmektedir. Soğuk hava, nem, dinlendirmeyen uyku, fiziksel ve mental yorgunluk, stres gibi faktörler de semptomların oluşumunu tetikleyebilmektedir.'*

Hastalık daha çok kadınlarda görülür. Erkeklerde ve küçük çocuklarda bile görülebilir. *'Hastalık en sık 30-60 yaş grubunda görülür, hastaların %85-90'ı kadındır. Toplumda genel prevalansı %2-4'tür'*Karakoç(2001).

Sebepler arasında; fiziksel ve ruhsal travmalar, ekonomik kayıplar, bir yakının kaybedilmesi, enfeksiyon hastalıkları, hormonal bozukluklar fibromiyalji sendromuna sebep olabilir. Ayrıca genetik faktörlerin de hastalığın gelişiminde rolü vardır. İklimin fibromiyalji sendromu gelişiminde etkisi yoktur, ancak soğuk ve nemli hava fibromiyalji sendromunda şikayetleri artırır.

Karakoç (2001) Fibromiyalji sendromu tedavisinde; İlaçlar: Fibromiyalji sendromu tedavisinde kullanılan ilaçlar daha çok, uykuyu düzenlemek ve depresyonu tedavi etmek, yorgunluğu gidermek amacıyla kullanılır. *Fibromiyalji tedavisinde trisiklik antidepressanların hem periferik hem de santral mekanizmalarla etkili olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca trisiklik antidepressanlar serotonin metabolizması, uyku düzenlenmesi ve ağrı stimuluslarının yorumlanması üzerine olan etkilerinden dolayı fibromiyalji tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır.*

Uslu (2009) aktarımlarında, kas gevşetici ve ağrı kesiciler kullanılabilir. Düzenli ve yeterli uyku: Bu hastalar aynı saatte yatmaya alıştırılmalıdır, yatmadan önce uykuyu etkileyecek alkol, sigara, çay, kola, kahve gibi maddeler alınmamalıdır. Egzersiz: Günlük aerobik egzersizler ve germe egzersizler çok önemlidir. Ancak hasta yorucu egzersizlerden kaçınmalıdır. Egzersizler günün erken saatlerinde ve akşam yapılmalıdır. Fiziksel ve ruhsal zorlanmalardan kaçınma: Stres ve aşırı çalışma FMS belirtilerinde artmaya yol açar. Ancak bu insanlar mutlaka günlük sorumluluklarını da yerine getirmelidirler.

Fizik tedavi, kaplıca kürleri, çevre değişiklikleri, yumuşak doku enjeksiyonları, bireysel psikoterapi, grup terapileri, gevşeme egzersizleri, yüzme ve su içi egzersizleri iyileşmeye katkıda bulunabilir.

1.1.2.2 Miyofasial Ağrı

'Miyofasial ağrı sendromu (MAS) kas-iskelet sisteminin yaygın görülen ağrılı bir tablosu olup Miyofasial tetik nokta, gergin bant ve yansıyan ağrıların gelişimi ile karakterizedir. Ayrıca bölgesel ağrı sendromu olarak da bilinir. Tanısı, ayırıcı tanısı ve tedavisinde bazı zorluklar mevcuttur. MAS'ın etiyolojisi hala kesin olarak bilinmediği için, çoğu tedavi protokolleri semptomlara yöneliktir'(Demir 2004). Tedavinin amacı ağrıyı azaltmak, kas boyu, eklem fonksiyonları ve postürü restore etmektir. Birçok çalışmada egzersiz, sprey ve germe uygulaması, masaj, aktif ve

pasif hareketler, analjezikler, kas gevşeticiler, antidepresanlar kullanılabilir. Ayrıca psikoterapiler, biofeedback, akupunktur, TENS ve diğer fizik tedavi uygulamaları oldukça faydalıdır.

Demir (2004) aktarımlarında Kas-iskelet sistemi şikayetleri ile başvuran hastaların %30-50'sinde MAS'ye ait şikayetlerin olduğu bildirilmiştir. Kronik ağrı merkezlerinde yapılan çalışmalarda bu oran %85 olarak bildirilmiştir. Kas-iskelet sistemi yaralanmaları, kaslara aşırı yüklenme, genetik faktörler, yorgunluk ve stres tetik nokta gelişiminde en çok suçlanan faktörlerin başında gelir. Bunlardan travma ve kaslara akut ve aşırı yüklenme MAS'nin en kolay saptanabilen nedenleridir.

Uslu (2009) Genetik faktörler, aşırı yorgunluk, tekrarlayan hareketler, iş kazaları, boyun ve bel fitikleri, mesleki ve ailevi tatminsizlikler, kötü çalışma koşulları myofasial ağrılarının en önemli sebepleridir.

Bacaklardan birinde kısalık, kötü duruş, uzun süre hareketsiz kalma, uzun süren yatak istirahatları, B vitamini eksiklikleri, potasyum, kalsiyum, demir, magnezyum ve selenyum gibi mineral eksiklikleri, hipoglisemi, hipotiroidi, östrojen eksikliği, viral enfeksiyonlar, psikolojik ve sosyal problemler Miyofasial ağrılarının diğer sebepleridir.

Miyofasial ağrı sendromlu hastalarda şikayetler; kaslarda ağrı, tutukluk ve hassasiyetin yanında, sıkışma ve yanma hissi vardır. Eklem hareket açıklığında hafif bir kısıtlanma ve yorgunluk vardır. Çoğu zaman hastalar kas tutukluğundan değil baş ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı, göğüs ağrısı, bel ağrısı, siyatik ve omuz ağrısı gibi değişik ağrılardan yakınır. Ağrılar hafif veya bazen çok şiddetli olabilir. Ağrı hayatı tehdit etmemekle birlikte hayat kalitesini oldukça düşürür. Ağrılar, ilgili kas ve tetik noktalar ile ilgili olmayan yerlere yayılım gösterirler.

1.1.2.3. Boyun ve Kol Ağrısı

İnsanlığın karşılaştığı en eski ve en yaygın kas-iskelet sistemi sorunlarından biri olan ve günümüzde kronik ağrı sıralamasında bel ağrılarında sonra ikinci sırayı oluşturan boyun ağrısı, genel popülasyonda her üç kişiden birinde yaşamın bir döneminde çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir (Biçer 2004).

'Kronik ağrı kliniklerinde boyun ağrısı, bel ağrısından sonra sıklık bakımından ikinci sıradadır. Yaşam boyunca sıklığı çalışanlarda daha fazladır. İşçilerin %51-80'i en az bir kez boyun ve kol ağrısı atağı geçirir' Yıldız (2005) .

Boyun omurlarındaki kireçlenme, kaymalar, disk hernileri, boyun kaslarında spazm, bazı anatomik anormallikler kola giden sinirlere ve omuriliğe baskı yaparak boyun, kol ve başta ağrı oluşturabilir. Özellikle depresyon, anksiyete ve benzeri psikolojik faktörlerin, bel ve boyun ağrılarının başlangıcından kronik dönemlerine kadarki her aşamasında önemli rol oynadığı bilinmektedir (Biçer 2004).

Özellikle masa başında oturanlarda, sınavlara hazırlanan öğrencilerde, klavyeli cihaz kullananlarda, fazla miktarda el işi yapanlarda boyun ağrıları sık rastlanır. Boyundaki doğal boyun çukurluğunun kaybolması boyunu kötü kullanmanın en önemli bulgusudur. Bu durum röntgende boyun aksında düzleşme olarak görülür. Bu durum boyun fitiklarına ve osteoartritine (kireçlenmesine) zemin hazırlar.

Fizik tedaviye oldukça iyi cevap verir. Konservatif tedaviye rağmen şikayetler geçmiyor, ciddi omurilik ve sinir baskısı var ise, cerrahi tedavi önerilir.

1.1.2.4. Romatizmal Hastalıklar

Vücudun bağışıklık sisteminin kendi hücrelerine savaş açması sonucu oluşur. Omurgadaki normal kemik ve kıkırdak dokuları hasara uğrar. Romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi hastalıklar boyun hareketlerinde kalıcı kısıtlılık yapabilir. *‘Romatoid artrit (RA) kronik, ağrılı, eklemlerde ilerleyici yıkıma yol açan, sakatlığa neden olabilen, hayat kalitesini azaltan ve beklenen hayat süresini kısaltan bir hastalıktır’* Kavuncu (1998).

Uslu (2009) aktarımlarında, Sabahları görülen en az bir saat süren eklem tutukluğu ve her yöne hareket kısıtlılığı romatizmal hastalıklardaki boyun tutulumunun tipik özellikleridir. genelde 30 ile 50 yaş arası yetişkinlerde görülen RA popülasyonu %1 dir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden 3 kat daha fazladır. Hastalık nedenleri arasında genetik faktör, çevresel faktörler rol oynarken, viral yada bakteriyel enfeksiyonlardan da şüphelenilmektedir. Tedavilerinde; İlaçlar, kas içi iğneler, cerrahi operasyonlar, rehabilitasyon, fizik tedavi, mesleki eğitim gibi terapiler uygulanmaktadır.

1.1.2.5. Karpal Tunel Sendromu

‘Karpal tünel sendromu (KTS); median sinirin el bileğinde, karpal tünel içinde kompresyonu sonucu gelişen ellerde uyuşma, karıncalanma, ileri dönemde kas atrofisi ve güçsüzlüğü ile karakterize en yaygın tuzak nöropatidir’ (Ekim 2008).

Uslu (2009) aktarımlarında, Boyunda omurilikten çıkan sinirler ele doğru giderken yol üzerinde bağ dokusu tarafından tuzaklanır. Buradaki sıkışma sonucu el ve kollarda kuvvetsizlik, uyuşma ve ağrı oluşur. Özellikle elin ilk 3 parmağında geceleri görülen uyuşma el bilek kanalı sendromu (karpal tünel sendromu) için tipiktir. Bu tip ağrı ve uyuşma olan hastalarda mutlak EMG testi ile ayırıcı tanıya gidilmelidir. Özellikle bilek fleksiyonda iken fleksör tendonlardan gelen basıncın direkt etkisiyle kolayca sıkışabilir. Kadınlarda daha sık görülür. Prevelansı kadınlarda %3 erkeklerde %2'dir. Karpal tunel sendromunun genel popülasyonda prevalansı %4 dür. Konservatif tedavi ile sonuç alınamayan hastalarda cerrahi olarak basının kaldırılması gereklidir. Unlar sinir, radial sinir kol ve elde çeşitli bölgelerde sıkışabilir. Bazen kola giden sinir ve damarlar hepsi birden boyundaki normal ya da anormal anatomik oluşumlar tarafından sıkıştırılabilir (torasik çıkış sendromu).

1.1.2.6.Sırt Ağrısı

'Sırt vücudun önemli bölgelerinden biridir. Bu bölgenin ağrısı çeşitli nedenlerden olur. Sırt ağrısı lokalizasyona göre lokal, yayılan, yansıyan ve yaygın ağrı olarak sınıflandırılır. Bir semptom olmasına rağmen sırt ağrısının teşhisi doğru yapılmalıdır. Doğru tanı konulduktan sonra tedavinin uygun yapılması başarıya götürecektir. Sırt ağrısında uygulanan genel tedavi şekilleri konservatif, cerrahi ve alternatif tıp yöntemleri şeklindedir. Fizik tedavi uygulamaları ağrı tedavisinde köşe taşı özelliğindedir. Fizik tedavi uygulamalarının amaçları; ağrıyı kontrol etmek, eklem hareketlerini arttırmak, kas spazmını gidermek, kas kuvvetini arttırmak ve bozulan fonksiyonu düzeltmek şeklinde özetlenebilir' Koyuncu(2007).

Sırt ağrısının bir çok sebebi vardır. Stres, duruş bozuklukları kullanma, sırt bölgesinde fitik ve kireçlenmeler, boyun bölgesindeki fitik ve kireçlenme ağrılarının sırta yansımaları, osteoporoz iltihaplı romatizmalar (ankilozan spondilit), omurga kırıkları.

1.1.2.7. Bel Ağrısı

Brondie'nin (1990) araştırmalarını aktaran Berker'e göre(1998) '*Bel ağrısı, tüm dünya nüfusunun % 85' e varan oranlarda hayatlarında en az bir defa geçirdikleri ve tıpta çok sık rastladığımız bir semptomdur. İş gücü ve maddi kayıpla sonuçlanan önemli bir sağlık sorunudur*'. Özellikle sanayileşmiş ileri batı ülkelerinde çok yaygın olarak görülür.

Bel ağrısı için belirlenen birçok mesleki ve kişisel risk faktörü vardır. Çalışanın fiziksel gücü üstünde veya uygunsuz bir pozisyonda çaba gerektiren ağır kaldırma gibi fiziksel aktiviteler bel ağrısının önemli nedenidir. Birçok psikik rahatsızlık da bel ağrısı nedeni olabilir. Kronik bel ağrısı olan bir olguda depresyon çok sık gözlenen bir neden olarak akılda tutulmalıdır.

'Mekanik kaynaklı bel ağrılı hastalarda konservatif medikal tedavi semptomların gerilemesine veya ortadan kalkmasına neden olur. Egzersiz bel ağrılı hastaların konservatif tedavisinde ve bel ağrılarını önlemede önemli bir yer tutmaktadır. Bilimsel olarak geçerliliği kabul edilmiş bir tedavi formudur' Müslümanoğlu(1998).

Toplumda oldukça sık rastlanan ve iş günü kaybı ve tedavi masrafları nedeniyle pahalı hastalıklardan birisi olarak kabul edilen mekanik kaynaklı bel ağrısı probleminin çözümünde çoğu zaman multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. *'Kronik bel ağrısı 45 yaş altındaki populasyon da birinci sıradaki disabilite nedenidir Kişileri verimli ve üretken olmaları beklenen çağlarında fonksiyonel bakımdan oldukça kısıtlayan kronik bel ağrısı geleneksel tedavi yöntemlerine direnç gösterir.'* Aydın(1998). Tedavileri; Rehabilitasyon, Egzersiz programı, Cerrahi operasyonlar, Kas içi İğne enjeksiyonları, Analjezikler, Fizik tedavi ajanları, bel okulları vb. multidisipliner yaklaşımlardır.

1.1.3. KISH Semptomları

Kas İskelet Sistem Hastalıklarının erken bulguları ağrı, ödem, uyuşma ve duyu kaybı kuvvet kaybı ve azalmış eklem hareketleridir. Bu rahatsızlıklar erken aşamada önlenmez ya da tedavi edilmezse, etkilenmiş bölgede kronik ağrı, kuvvet kaybı veya kalıcı özürle sonuçlanabilir. Bu rahatsızlıkların uzun sürmesi önemli ölçüde psikolojik problemlere de neden olmaktadır. Şiddetli düzeydeki kronik ağrılar ağrı ile ilişkili korku ve anksiyeteye, aktiviteden uzak durmaya ve depresyona yolaçar. Bu semptomlardan ağrı ve depresyondan ağırlıklı olarak bahsedilecektir.

1.1.3.1 Ağrı

'Ağrı, hemen hemen her türlü hastalıkta insanın en yaygın şikayetlerinden birisidir. Tıbbi durumlar ile kişinin heyecansal, bilişsel ve psikososyal alanları

arasında etkileşimler mevcuttur. Herhangi bir hastalığıdaki görülen ağrının kişiler üzerinde ruhsal iyilik durumunu etkilediği gibi, ruhsal sorunları da ortaya çıkarmakta ve yaşamı etkilemektedir. Ağrıyı kısacası bir organizmanın biyopsikososyal denge ve uyumunun bozulmasının göstergesi olarak özetleyebiliriz' (Madenci 2006). *'Ağrının uzun süre devam etmesi ile kronikleşen veya halk arasındaki deyimlerle müzminleşen ağrının neticesinde, genellikle ruhsal bozukluğa neden olduğu ve sekonder olarak depresyon geliştiği bilinmektedir* (Madenci 2006).

Özkan'a göre ağrı (2003), Bir anlamda olumsuz bir uyarana karşı bir savunma tepkisidir. Bu etki-tepki sistemi içinde, biyolojik unsurların yanında, psişik gereksinim ve dinamikler, kültürel ve topluma özgü durumlar ağrı yanıtını etkiler. Ağrı sendromlarında hastalık dinamiklerinin biyolojik, psişik ve sosyal bileşikleri ile bir bütün olarak dikkate alınmalıdır.

Ağrı hastaların tıbbi yardım aramasına neden olan başlıca yakınmalardan birisidir. Etkilenen dokuda beklenen veya kabul edilebilir iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıya kronik ağrı denir (Çeliker 2005). Kronik ağrı sendromu sık görülen ve tedaviye zayıf yanıt alınan bir problemdir Kas-iskelet sisteminin detaylı muayenesi önemlidir. Kronik ağrılı hastanın değerlendirilmesinde Psikolojik ve fonksiyonel değerlendirmeye yer verilmelidir. Akut ağrının en sık sebebi baş ve alt ekstremitte ağrıları, kronik ağrının en sık sebebi bel ağrısıdır (Çeliker2005).

Doksat(1999) araştırmalarından aktaran Çeliker(2005), Kronik kas iskelet sistem hastalıkları, kronik ağrıya neden olmaktadır. Kronik ağrı biyolojik, fizyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyal durumlardan etkilenen karmaşık bir olaydır. Beklenenden daha uzun süren veya iyileşme sürecinden sonra devam eden

ağrıdır. Doku hasarı ile neden olduğu lezyon arasında yer, zaman ve şiddet açısından net bir ilişki bulunmaktadır, doku hasarı kaybolduktan sonra da ağrı devam etmektedir, bu süre farklı kaynaklarda 3 veya 6 ay olarak tanımlanmaktadır.

Batur(1999) araştırmasında, Ağrı doku harabiyetini önlemek amacıyla kişiyi uygun bir cevap vermesi için uyarıcı koruyucu bir mekanizmadır. Ağrı ile ilgili bazı teoriler bulunmakla birlikte en önemlisi melzack ve wall'ın kapı kontrol teorisidir.

Van Deusen ve arkadaşlarına göre (1997) Ağrı komponentleri, ağrının duysal, afektif ve değerlendirici komponentleri vardır. Farklı kişilerin ağrı toleransları çok farklı olmasına rağmen, kişilerin ağrı algılamaları veya şiddeti aynı olabilir. Dolayısıyla ağrı değerlendirilirken affektif boyutu göz önüne alınmalıdır.

Guyattg (1993)araştırmasında, Tüm dünyada KİSH en sık görülen hastalıklardan biridir. Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle bu hastalıkların görülme sıklığı önemli bir şekilde artmaktadır. Kish'ye bağlı kronik ağrı yaşamın birçok boyutunu etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.

KİSH'nda en ızdırap verici semptom olan ağrı ve sonra gelen sıkıntı depresyondur.

1.1.3.2. Depresyon

Özkan (2003) aktarımlarına göre ağrı, depresif sendromlarda sıklıkla kaydedilen bir yakınmadır. Depresif duygu durum ağrı yakınması olan hastadaki en yaygın psişik sorundur. Depresif durum her türden hoş olmayan yakınmayı artırır ve ağrı "maskeli depresyon" diye tanımlanan, somatik yakınmalarla kendini ortaya koyan depresif alt tiplerin öncül bulgusudur. "Depresyon" deyimi kaygı, çökkünlük, uyum güçlüğü şeklinde hafif duygulanımlardan, uyku, iştah, libido bozuklukları ve çaresizlik mutsuzluk, zevk duygusunun kaybı gibi majör durumlara dek uzanan sendromsal bir tanıdır.

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Hayatının herhangi bir zamanında depresif belirtileri gösterenlerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Bu oran içinde yer alanların en az %12'sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde sağaltım gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu saptanmıştır.(Weissman 1980). Hagnell'in araştırmalarında Yapılan çalışmalar, yüksel prevalans hızının yanı sıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir.

Uzunca ve arkadaşları(2003)'nın Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaptığı araştırmada Fizik tedavi ve iyileştirme(FTR) hastalarının %64,5' inde psikiyatrik bozukluk saptamıştır. Bunların içinde depresyon tanılı hasta grubu da %59,3 olarak saptamıştır. Bu durumda KİSH hastalarının sağaltımı Fizik tedavi ajanlarının kullanıldığı tedaviye ek olarak alternatif tedavilerin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM IV’de Majör depresyonunu; çökkün, depresif duygu durum yada haz ve ilgilerin kaybı olarak tanımlar. Bu durum en az 2 hafta süresinde devam edip bireyin sosyal, mesleksel ve diğer işlevsellik alanlarında belirgin bozulma ve zorlanmalara neden olur. Bu dönemde kişide çökkün duygu durum ve anhedoni dışında 9 temel belirtiden en az 4’ünün ortaya çıkması gerekir, bunlar; depresif duygu durumu, anhedoni, iştah değişimi, uyku değişimi, beden aktivitelerin kaybı, enerji kaybı, değersizlik duyguları ve aşırı yada uygunsuz suçluluk, karasızlık yada konsantrasyon azalması ölüm düşünceleridir.

Depresif duygu durumu; hastaların ortalama %90’ında ortaya çıkan çökkün mizaçlı, kederli, ümitsiz, boş, üzgün, değersizlik hissi ve keyifsizlik durumu olarak tanımlanır.

Saltpeker (2007)nin aktarımlarında Depresyon tanısı hasta-hekim görüşmesi sırasında saptanan bulguların DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirilmesiyle konulmaktadır. Fakat tarama veya izlem amaçlı hasta değerlendirmede, depresif belirtilerin düzeyini sorgulayarak depresyon şiddetinin hangi noktada olduğunu saptayan ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan biri, Beck depresyon envanteridir.

Beck 1979 araştırmalarını aktaran Saltpeker(2007) aktarımlarında; BDE “Beck depression Inventory”(BDE)adıyla ilk kez 1961 formu olarak Beck Ward Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından, daha sonra da 1978 formu olarak Beck, Rush,ve Emery tarafından geliştirilmiştir. 1961 yılında geliştirilen ilk formu, hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyenler tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddeden oluşan orijinal formdur. 1978 formu ise, kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulanması yapılan 21 maddelik formdur. Her iki formun güvenilirlik açısından eşdeğerde olduğu gösterilmiştir.

Maddeler klinik gözlem ve verilere dayanılarak hazırlanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğinde Miller ve Seligman üç aylık ara ile güvenilirlik katsayısını 0.74 olarak bulmuştur. Beck iki yarım test güvenilirliği çalışmasında ise güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Ayrıca batıda yapılan çeşitli araştırmalarda güvenilirlik katsayılarının 0,60 ve 0,87 arasında değiştiği görülmüştür. Beck Depresyon Envanteri için Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin (Erkal) tarafından “Beck Depresyon Ölçeği” adı ile yapılan uyarlama çalışmasıdır. Diğeri ise, Nesrin Şahin (Hisli) tarafından ‘Beck Depresyon Envanteri’ adı ile yapılan çalışmadır. Bu çalışmamızda Hisli tarafından hazırlanmış olanı kullanılmıştır.

Saltpeker (2007) aktarımlarında, Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecelerini nesnel olarak belirlemektir. Tür olarak kendini değerlendirme ölçeğidir. 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Uygulama süresi olarak zaman sınırlaması yoktur, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilir. Kapsamı 21 belirti kategorisini içerir. Bunlar; duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, karasızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır.

Uygulanış olarak bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanış kolay bir ölçektir. Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Uygulama gününde dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlenmesi istenir. Her madde 0

ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin yada şiddetinin yüksekliği olarak yorumlanmaktadır.

1.2. KİSH TOPLUMSAL VE EKONOMİK BOYUTU

Meslek hastalıkları, bireyin rahatsızlığı, hizmetin aksaması, üretim kalitesinin düşmesi gibi unsurlarla, İşgünü kaybı ve tazminat taleplerine sebep olarak ekonomiyi ve toplumu olumsuz etkiler. KİSH'nın maliyeti oldukça yüksektir. Bu hastalıklar kişiye ızdırap vererek, günlük yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Üretim ve iş günü kaybı ve ekonomiye etkisini araştıran ABD ve İngiltere gibi ülkelerde bu durumun rakamsal sonuçları acil önlem alınması gerekliliğini doğurmuştur.

Amerikan ulusal tıp akademisi Enstitüsü'nün (Institute of Medicine of The National Academies) kayıtlarına göre, genel nüfus içinde her yıl 1milyon çalışanın ciddi KİSH ile karşılaşmaktadır. Bu sorunun direk tedavi maliyetinin yılda 15-18 milyon dolar arasında değişirken, ülke ekonomisine getirdiği yıllık maddi kaybın 45-55 milyar dolar arasında değişmekte olduğu açıklanmaktadır. Diğer birçok çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış olup, ABD'de kas iskelet sistem sorunlarının genel

popülasyonun %19'unu toplam işgünü kayıplarının%34'ünü oluşturduğu açıklanmıştır.

İngiltere'de Sağlık ve Güvenlikle İlgili İstatistik (Health and Safety Executive Statistics) verilerine göre,2001/2002yılı tüm nüfus içinde 1.126.000kişinin (çalışan popülasyonun %2,6'sı) 2008/2009 yılı için 1.200.000 kişinin iş nedeniyle gelişen KİSH sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Bu sayı 1998/99 yılından daha yüksek olmasına rağmen, 1990-1995 yılları verilerine göre daha düşüktür. Son yıllarda alınan koruyucu önlemlerin etkisiyle, bu sayının her geçen yılda azaldığı görülmektedir. Ortalama 19,4 iş günü kaybı yaratan bu sorunun,1995/1996 yılı için işverene maliyeti 590-624 milyon, topluma maliyeti ise 5,7 milyar sterlin olarak tahmin edildiği açıklanmıştır. 2008/2009 yılında işe gidememe sebepleri arasında birinci sırayı alan KİSH %53lük paya sahip olup ikinci sırayı stres ve depresyon hastalıkları almaktadır.

Bu bağlamda, ülkemizde henüz bu düzeyde yapılmış epidemiyolojik araştırmaların olmaması KİSH nın ülkemiz ekonomisine getirdiği yükü belirlemeyi engellemektedir.

Bununla birlikte, hükümetin yaptığı farklı uygulamalardan, dolaylı olarak ülkemizdeki KİSH harcamalarının ne boyutlara ulaştığı tahmin edilebiliriz. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Tebliği (BUT) uygulamalarını fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleri ile ilgili fiyat ve uygulama konularını sürekli değiştirerek ülkedeki sağlık sigortalı hastaların sağlık harcamalarına kısıtlama getirmesi ve Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) kurumunun meslek hastalıklarının devlete maliyeti konulu araştırmaları, bize ülkemizdeki durumla ilgili dolaylı bir

fikir vermektedir. Konuyla ilgili maliyetlerin ciddi boyutlara ulaştığını göstermektedir.

KİSH çalışanlardaki risk gurubu; Montaj işlerinde çalışanlar, gıda hazırlama işlerinde çalışanlar, marketlerde çalışanlar, hastanelerde çalışanlar (diş hekimler, fizyoterapistler, hemşireler, hasta bakıcılar gibi) Bilgisayar operatörleri, Müzisyenler, Sporcular gibi mavi ve beyaz yakalı çalışanların çoğu bu risk gurubunu oluşturmaktadır.

Kas İskelet Sistemi Hastalıkları (KİSH) gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli işle ilgili sağlık sorunları arasında olmasının en büyük nedenlerinden biri de çağımızın buluşu bilgisayardır. Ofis içi çalışma sistemi ve ergonomiyi gündemimize getirmiştir.

Fergane (2006)nın araştırmalarında, İşletmelerde gereksiz masraf gibi görünen ergonomi için yapılan harcamalar, hastalıkların sıklık ve maliyetinde azalma, verimlilikte ve kazançta artış ile artı değer olarak geri dönmektedir. Bilgisayar kullananlarda ergonomi eğitimi ve ergonomik iyileştirmeleri kapsayan ergonomi programlarının uygulanmasının, boyun ve kol hastalıkları ve bel ağrılarının sıklık ve maliyetini azalttığı ve yatırımın geri dönüşünü hızlandırdığı göstermiştir.

Özcan(2005) aktarımlarında, Ülkemizdeki yasal durum, çalışanlarda çeşitli mesleki kas iskelet hastalıkları, meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. '*Meslek hastalığı işin niteliği veya şartları gereği tekrarlanan bir nedenle bedensel veya ruhsal yönden geçici veya sürekli olarak hastalanma veya sakatlanma hali olarak tanımlanmaktadır.*' 10 Haziran 2003'te yürürlüğe giren 4857 Sayılı İş Yasası iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili önemli değişiklikler yapılmıştır. Yönetmeliklerde ilk kez ergonomiden bahsedilmektedir. Yasanın uygulanabilmesi için çıkarılan

yönetmeliklerde işveren, çalışanın sağlığını ve güvenliğini korumak amacıyla kas iskelet risklerinin belirlenmesi ve önlenmesi için, ergonomi eğitimi ve ergonomik iyileştirmeleri yapma ve her türlü önlemi alma konusunda yükümlü kılınmıştır. İşçilerde eğitime katılmak ve iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdür.

Konuyla ilgili yönetmelikler; Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, Elle Taşıma İşleri yönetmeliği, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmelik, Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, İş Ekipmanlarında Güvenlik Yönetmelik, Titreşim Yönetmeliği.

Bilgisayar kullananlarda yaygın olarak görülen, fiziksel ve psikososyal fonksiyonları kısıtlayarak sakat bırakabilen, çalışanı ve ekonomiyi olumsuz etkileyen boyun ve kol hastalıkları ve bel ağrısından korunmak büyük ölçüde mümkündür. ‘Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik’ gereğince, işveren çalışma merkezlerinde çalışanların eğitiminden ve bilgilendirilmesinden ve ergonomik iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.

Özcan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma; İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında yürütülen uluslar arası bir dergide yayınlanmıştır. Çalışmada, bir devlet kurumunda bilgisayar kullananlara 2 ay süreyle iş yerinde uygulanan, hastalık hakkında bilgilendirme, vücudu doğru kullanma ve egzersizleri kapsayan korunma ve ergonomi eğitiminin ağrıyı, sakatlığı ve depresyonu azaltmada etkin olduğu saptanmıştır.

Güler(2004) aktarımlarında Dünyada ergonomi bağlantılı hastalıklar, göz yorgunluğu ve baş ağrısından, KİSH'na ve omuz ağrılarına Karpal Tunele kadar çeşitlilik gösteriyor. Tekrarlanan gerginlikler, kendini huzursuz ve mutsuz hissetmeler, tekrarlanan hareket yavaşlamaları, algılamada zorluklar sıklıkla rastlanan hastalıklardır. Bütün bunların sonucu ise, azalan verimlilik, işin yapılma hızında düşme ve yükselen maliyetlerdir.

Dünyada ve Türkiye'de yapılan araştırmalar göstermektedir ki, ergonomi ve mesleki kas iskelet sistemi hastalıkları konusunda uyulması ve değiştirilmesi gereken çok kural, yapılması gereken çok iş vardır.

1.3. TERAPİ YÖNTEMLERİ

KİSH Tedavi Yaklaşımları; KİSH tedavisinde uygulanması gereken multidisipliner yaklaşıma göre tedavide etkinliği kanıtlanmış birçok yardımcı terapi yöntemleri vardır. Bu yöntemler ilaç kullanmaktan cerrahi operasyona, Bireysel Psikoterapiden kaplıca tedavilerine kadar çok geniş bir yelpazesi vardır. Araştırmamızda uygulayacağımız terapi yöntemleri; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon terapisi, Grup terapisi ve Gevşeme Egzersizleridir.

1.3.1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

FTR pediatriyen geriatrye kadar çok geniş taban üzerinde çalışan, genel kabule göre hedef organ sistemi olmayıp fonksiyonu temel alan interdisipliner çalışma geleneği ve zorunluluğu bulunan hastaya bütüncül(holistik) bir yaklaşıma sahip, pratik ve örgütlenmesi de çalışılan alana göre çok değişken olan ve adı üzerinde dahi tam ittifak bulunmayan bir uzmanlık dalıdır Delisa (1999).

Arasıl'a göre (2008), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bilim alanı, hastanın fonksiyonunu ve performansını değiştiren durumların tedavi ve bakımlarını üstlenir. İlaçlar, fiziksel modalitelere ve çeşitli eğitsel yaklaşımların kombine kullanımı ile fonksiyonların optimizasyonunu sağlar. Fonksiyonları hasar öncesi düzeye tam restore edemediği durumlarda ise yaşam kalitesinin optimizasyonunu sağlar.

Avrupa Birliği'nin daimi konseylerinden birisi olan 'Union of European Medical society (ATUB-UEMS :Avrupa Tıp Uzmanları Birliği') tarafından Brüksel'de 28 Nisan 1989'da FTR uzman hekimliğinin görev yetki ve sorumlulukları şöyle tanımlanmış ve yürütme kurulu tarafından onaylanmıştır. '*Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, fiziksel ve bilişsel fonksiyonların (yaşam kalitesi dahil olmak üzere) iyileştirilmesi ile ilgilenen, ayrıca kişisel ve çevresel faktörlerin değiştirilmesi ile de uğraşan bağımsız bir tıp uzmanlık dalıdır. Bu nedenle tüm yaş guruplarında özgürlüğe yol açan tıbbi durumların ve bunlara bağlı olarak oluşun morbiditelerin önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonundan sorumludur.*

Gündüz (2003) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimleri kas-iskelet sistemi problemleri, nörolojik hastalıklar, amputasyonlar, pelvik organ fonksiyon bozuklukları, kardiyopulmoner yetmezlik, kronik ağrı ve kansere bağlı özürllük gibi

akut ve kronik problemlere bütünsel olarak yaklaşır. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimlerinin akut bakım ünitelerinden toplumsal kurumlara kadar değişen farklı faaliyet alanları vardır. Spesifik tanı yöntemleri kullanarak farmakolojik, fiziksel, teknik, eğitsel ve iş-uğraşı alanlarında girişimlerde bulunurlar. Kapsamlı eğitimlerinden dolayı en iyi sonucun alınması için pek çok profesyonelden oluşan bir ekibin aktivitelerinden sorumludurlar. Tüm entegre rehabilitasyon ekiplerinde tanı ve tedavi sorumluluğu rehabilitasyon alanında uzaman doktora aittir.

Delisa (2007) ve arkadaşlarına göre, Tedavi yöntemleri arasında; Terapötik fiziksel ajanlar, Fiziksel tıp ve rehabilitasyonda biofeedback, Manipülasyon, masaj ve traksiyon, İnjesiyon yöntemleri, Analjezik ajanların farmakolojisi, Spinal injeksiyon yöntemleri, Terapötik egzersizler, Rehabilitasyon elektroterapi, Tamamlayıcı ve alternatif tıp, Akuatik rehabilitasyon yer almaktadır.

Fizik Tedavi Uygulamalarında tedavi yapılırken özellikli bir takım aletler ve metodlar kullanılmaktadır. Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan fizik tedavi ajanlarından bazıları şunlardır:

Erçalık (2005) araştırmalarında, TENS: Elektrotlar yardımıyla ağrılı bölgeye ve belirli bir sinirin beslediği alana verilen özel bir elektrik akımıdır. Çeşitli tipleri vardır. Konvansiyonel, akupunktura benzer, kısa şiddetli, puls trenleri(patlayıcı), modüle edilmiş, tipleri vardır. Bu yöntem genellikle günde 30 dakikadan bir çok saate kadar uzayabilir ve 10-15 seans kadar uygulanır. Vücut içinde salgılanan morfin benzeri bir hormonu arttırarak etki gösterir.

ULTRASON: Vücut dokularına yüksek frekanslı ses dalgaları gönderilerek derin dokularda ısı artışı sağlar bu yolla o bölgedeki damarlarda genişleme,

dolayısıyla beslenmeyi ve iyileşmeyi hızlandırır. 3-10 dakika arasında uygulanır. Uygulamada; sabit teknik, masaj tekniği, su içi uygulama, pulse (aralıklı) uygulama teknikleri kullanılır (Kuran 1994).

SICAK PAKETLER (HOT PACK): İçine silikat jeli doldurulmuş plastik ya da su sızdırmaz kumaş torbalardır. Daha yüzeysel dokuların ısınmasını sağlar. Bu yolla ağrının kontrol edilmesinde yardımcıdır. Uygulama 10-30 dakika arasındadır. Cildi 42 dereceye kadar ısıtılabilir (Uslu 2010).

PARAFİN BANYOSU: Parafin mumu ile 1/5-1/7 oranında mineral yağ katılarak fizik tedavi ajanı olarak kullanılan parafin banyosu hazırlanmış olur. Özellikle küçük eklemlerde uygulanması özelliği ile el rehabilitasyonun da önem taşır. Uygulanması fırçalama ve daldırma yöntemi olarak 2 türdür. Parafinle kaplanmış el 20 dakika bekletilerek parafin temizlenir Uslu (2010).

GİRDAP BANYOSU: Genelde üst ekstremiteler için kullanılır. 37 derece C ile 40 derece C arasında suyun sıcaklığıdır. İlgili uzuv çalkalanan ve girdaplar oluşturulan suyun içinde hava ve suyla temas etmiş olur. Uygulama maksimum 20 dakikadır Uslu (2010).

FLUIDOTERAPİ: El yaralanmalarında özel bir ajan olarak görülse de ayakla ilgili problemlerde de kullanılmaktadır. Kan akımını ve sıcaklık artımını fizyolojik olarak sağlar. Fluidoterapi ile çeşitli dokularda metabolizma hızı artmaktadır. Hücre bölünmesinin artması, iyileşme sürecinin hızlanmasına yol açar (Erçalık 2005).

SOGUK PAKETLER (COLD PACK): Bazı hastalıklarda sıcak yerine soğuk uygulamalardan yararlanır. Uygulama genellikle 5-15 dakika arasındadır Uslu(2010).

INFRARUJ (KIZILÖTESİ): Kızılötesi ışınlar, ağrıyı azaltmak, yüzeysel ısı artışı ve kas gevşemesini sağlamak amacıyla kullanılır. Uygulama süresi 10-15 dakika kadardır Uslu (2010).

MIKRODALGA DIATERMI: Bir çeşit elektromanyetik dalga kullanılarak yapılan fizik tedavi metodudur Uslu (2010).

LASER: Çeşitli vücut bölgelerinde, ağrıyı artıran belirli spazm alanlarına, uygulanır Uslu (2010).

TRAKSIYON: Özel bir alet yardımıyla omurları birbirinden uzaklaştırma yöntemidir. Traksiyon uygulamalarında çekim süresi ve çekim kuvveti her hastaya göre özel olarak belirlenir. Yatar ya da oturur pozisyonda çekim uygulanır, sürekli ya da aralıklı çekim yapılabilir (Uslu 2010).

1.3.2. Grup Terapisi

Güner(2009) aktarımlarında Grup Terapisi ilk olarak Joseph Hershey Prott tarafından 1905 yılında Tüberküloz hastalarına haftada bir gün gerçekleştirilen 25 dakikalık toplantılar şeklinde başlamıştır. 1940'lı yıllardan bu yana giderek yaygınlaşan Grup Terapisi, özellikle batı toplumlarında oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bazı araştırmalar Grup Terapisinin tedavi edici katkısının bireysel terapi ile aynı olduğunu söylerken, bazıları Grup Terapisinin daha etkili olduğunu da ileri sürmektedir.

Yalom (1999) göre,Grup terapisinde temel hedef, grup üyelerine kendine yardım yöntemlerini öğretmek, bireylerarası öğrenmeyi teşvik etmek, bireylerarası ilişkilerini etkinleştirmek, temel farkındalık düzeylerini arttırmak, var olan psikopatolojik semptomları azaltmaktır. Yaygın olarak uygulanan çok çeşitli grup

teknikleri mevcuttur. Bunlar; Geştalt, Kısa terapi grupları, destekleyici – ifade edici, bilişsel-davranışsal, psikanalitik, psiko-eğitimsel, dinamik-etkileşimsel, psiko drama vb.dir. Grup terapisinde ideal sayı en az 5 en fazla 8 kişidir. Ancak bu sayı bazı gruplarda 13 kişiye kadar ulaşabilir. Grup terapileri açık yada kapalı gruplar olarak ikiye ayrılırlar. Açık gruplar yeni üye katılımına açıktır. Ancak kapalı gruplarda belirli bir sayı ile grup başlatılır ve yeni üye katılımı kabul edilmez. Grup terapisinin üyelerin çember şeklinde oturduğu terapötik bir ortamda gerçekleştirilmesi uygun kabul edilir.

Grup Terapisine dışlama ölçütlerini karşılamayanlar katılabılır. Gruba katılacak üyelerle grup başlatılmadan önce bir ön görüşme yapılması hem kişiyi grup terapisine hazırlama açısından hem de gruba uygunluğunun sınanması açısından önemlidir. Bu ön görüşme ile kişinin korku ve beklentilerine açıklık getirilir, sorun önceden belirlenir, gruba katılım için bilişsel altyapı hazırlanır.

KISH hastalarında Grup Terapi Gruplarına Katılmak İçin Dışlama Ölçütleri;

1. Grup Terapisine katılmasını engelleyecek şekilde ciddi bir fiziksel bozukluğun olması (sağırılık, körlük).
2. Halen majör bir psikiyatrik hastalığın olması (şizofreni, demans, şizoaffektif bozukluk, hezeyanlı bozukluk, şizofreni form bozukluk, mental retardasyon)
3. Son 3 ay içinde intihar girişiminin olması ve hastanın halen intihar riski taşıması
4. Alkol/madde kullanımı bozukluğu

1.3.3. Gevşeme Egzersizleri

Progresif (ilerleyen) gevşeme egzersizleri (PGE) ilk defa 1920'li yıllarda Amerikalı Dr. E. Jacobson tarafından keşfedilmiştir. 1938 yılında ise Jacobson "Progressive Relaxation" isimli kitabında ayak, bacak, kalça, sırt omuz, ense ve yüz kaslarını gevşeterek zihinsel ve bedensel gerginliğin azaltılabileceğini anlatmıştır. 1973 yılında Bernestein ve Borkovec tarafından geliştirilip, kısaltılarak bilim alanına bir teknik olarak sunulmuştur Jacobson (1989).

PGE vücuttaki birçok kas grubuna (el, ön kol, üst kol, alın, yanak, burun, çene, boyun, göğüs, omuz, bel, karın, mide, kalça, baldır, ayak v.b) önce germeyi sonrasında ise gevşemesini sağlar. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşeme, korteksi uyararak gerginliğin azalmasını sağlar. Ruhsal ve zihinsel gerginlik ile stresten kurtulma, kronik ve akut ağrıyı azaltır, uyku problemlerini giderir, anksiyeteyi , baş ağrısını, boyun ve bel ağrıları, fantom ağrısı azaltır Baltaş (2000).

Bu gevşeme programından fayda sağlayabilmek ancak sistematik egzersiz ve düzenli uygulama ile mümkün hale gelir. Bireye, gözleri kapalı iken, belirtilen kas grubu sırasıyla önce germesi sonra gevşemesi söylenir. Bireyin burada, ilk seanstan itibaren öğrendiği önemli bilgiler vardır. Kas gruplarını nasıl kullandığının farkına varır. Diğer bir öğretisi de kas tepkilerinin kendi kontrolü ile değiştirebileceğidir. Genelde birkaç seanstan sonra hasta ayakta ve otururken kaslarını gevşetebilmeyi öğrenmektedir. Hastaya tutturulan ağrı ve gerginlik listesi sonucunda ağrı ve gerginlik arasındaki bağı farketmesi sağlanır. Böylece her türlü koşulda

hastanın öğrendiği gerginliği giderme yöntemleri ile ağrının azaltılması hedeflenmiştir.(Nouwen ve Solinger, 1979; Wolff, Nacht ve Kelly, 1982). Hasta tedavi programı süresince yavaş yavaş davranışları ve gevşeme egzersizleri ile ağrıyı kontrol edebileceğini öğrenmektedir (Goldfried ve Trier,1974).

Otojenik Gevşeme (Kendi Kendine Gevşeme); gevşeme yanıtının kazanılmasında kullanılan önemli tekniklerden biridir. Schulz ve Luthe tarafından geliştirilen bu teknik, birçok hastalıkta denenmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu yöntem, zihnin istirahat halinde vücut imajı üzerine yoğunlaşmasıyla, kaslarda tam bir gevşeme elde edilmesi prensibine dayanmaktadır Baltaş (2000).

Yukarıda anlatılan tüm bu terapi yaklaşımları, KİSH hastalarındaki var olan semptomları (ağrı, kas gerginliği, depresyon stres gibi) azaltmayı ve hatta bitirmeyi hedeflemektedir. Tüm bunları yaparken hastaların sağaltımını yaşam kalitesini arttırmak ve sağaltımları tamamlanınca da sağlıklı yaşam için konforunun en üst düzeyde kalmasını sağlamaktır. Bu olgunun hastaların günlük yaşamına girmesi terapilerden aldıkları fayda ve hasta eğitimi ile kolaylaşır.

1.4. YAŞAM KALİTESİ

Birol (1997)'nin araştırmalarından, Önceleri yaşamla ve canlı olmakla eş değerde tutulan sağlığı, 20.yy başlarına kadar genellikle hastalık ile birlikte değerlendirilmiştir. 1947'de Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) (DSÖ) sağlığı, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal, mental yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayarak bireyin bir bütünlük içinde olduğunu vurgulamıştır. Ancak bu tanım, iyilik halinin tam olarak açıklanamaması ve

bireyin algılamalarının tanımda dikkate alınmaması gibi sebeplerle zaman zaman kabul görmemiştir. Bu nedenle WHO bu tanıma 1990 yılında sağlığın bütün bir sistem olarak bireyle ilgili olduğu, sağlık görüşünün iç ve dış çevreyi tanımladığı ve yaşamda bireyin rolünün önemli olduğunun bilinmesi gerektiği açıklamalarını eklemiştir.

‘Yaşam kalitesi kavramını tanımlamada, klinisyenler göre fiziksel olarak kişinin kendini iyi hissetmesi yeterli bir ölçüt olabilirken, psikologlar duygusal ve algısal alanlarda da yeterlilikle ilgilenmektedirler. Yaşam kalitesinin matematiksel olarak ölçümü de bu tanımlar nedeniyle oldukça güçtür’ Saltpeker (2007).

Hawley (1991)’in araştırmalarından aktaran Aytar (2007); Uzun süreli kas iskelet sistemi ağrı yakınmasının bireylerin fiziksel, mental ve sosyal sağlıkları üzerine önemli olumsuz etkileri arasında aktivite kısıtlanmaları, uyku bozuklukları ve fiziksel yorgunluk yer almaktadır. Mental sağlık üzerine olan olumsuz etkileri depresyon veya anksiyete gibi emosyonel durum bozukluklarıdır.

Yaşam kalitesinin ölçümlerini yapmanın güç olan tarafı soyut ve algısal olmasıdır. Her hangi bir tahlil sonucu gibi net ve somut değerleri yoktur. Evrensel olarak kabul edilen ve amaca uygun metodlar henüz yeterli değildir.

Delisa (2007) araştırmasında; sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP)

Nothingam Sağlık Profili (Nothingam Health Profile-NHP)

Esenlik Kalitesi Skalası (Quality of Well-Being-OWB)

Kendini Kontrol Uğraşı Skalası (Self Anchoringstriving Scala-SASS)

Enselik İndeksi (Indexs of Well-Being –IWB)

Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi Anketi (Spritzer Quality ok Life Indexs –SQLI)

MC Master Sağlık İndeksi Anketi (Mc Master Health Indexs Of Questiannaire-MNIQ)

Zamanı Dengeleme(Time-Trade Off-TTO)

Karnofsky Skalası (Karnofsky of Scale-KS)

36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 İtem Short Form Health Survey-SF36)dır.

Aytar (2007)'nin aktarımlarında, Yaşam kalitesi ölçeklerinde, ölçümlerin daha verimli olması için, ölçeklerin tek başına değil, hastalığa özgü özelliklerinde eklenerek kullanılması gerekir. Yaşam kalitesi subjektif olduğu için; mutlaka bireyin kendisi tarafından değerlendirilmelidir. Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişeceği gibi, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; KİSH hastalarına tedavi protokolü olarak uygulanan, fizik tedavi ve rehabilitasyon terapisine multidisipliner yaklaşımla ek olarak grup

terapisi ve progresif gevşeme egzersizleri de uygulamaktır. Bu üç terapinin birden hastalara uygulanmasının yaşam kalitelerine etkinliğini tespit etmektir.

Çalışmanın alt amacı KİSH ların tedavilerinin çok yönlü yapılmasını sağlayarak hastanın sadece fizik sağaltımı değil, fakat yaşam kalitesini de arttırarak, kas iskelet sistem hastalarına yardımcı olmaktır. Ayrıca KİSH'larının önemli bir meslek hastalığı olarak kabul görmesi de, bu konuda yapılacak olumlu bir gelişmenin ülke ekonomilerine çok önemli fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

1.5.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ

KİSH tedavisinde hastalara uygulanan fizik tedavi programı, gevşeme egzersizleri ve grup terapilerinin, hastaların depresyon düzeyine ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla planlanan bu çalışmada cevap aranacak problemler aşağıda yer almaktadır.

Yalnız fizik tedavi ve rehabilitasyon gören denekler: GRUP 1.

Fizik Tedavi ve rehabilitasyon + gevşeme egzersizleri+ grup terapisi gören denekler: GRUP 2 olarak adlandırılacaktır.

1. Grup1 deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası BDE değerleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Grup 2 deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası BDE değerleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Grup 1 deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası Yaşam Kalitesi SF-36 ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Grup 2 deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası Yaşam Kalitesi SF-36 ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır mıdır?
5. Grup 1 deki deneklerin tedavi sonrası Yaşam Kalitesi SF-36 alt boyut ölçek değerleri, Grup 2 deki deneklerin tedavi sonrası Yaşam Kalitesi SF-36 alt boyut ölçek değerlerinden daha mı düşüktür?
6. Grup 1 deki deneklerin tedavi sonrası BDE değerleri, Grup 2 deki deneklerin tedavi sonrası BDE değerlerinden daha mı yüksektir?
7. Grup 2 deki Fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi ve sonrası BDE düzeyindeki olumlu fark diğer hastalık gruplarında oluşan olumlu farktan daha mı fazladır?
8. Hem Grup 1 hem Grup 2 deki Fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi depresyon düzeyi BDE değerleri, diğer hastalardan daha mı yüksektir?

1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırmanın önemi KİSH bireysel sıkıntılarının yanı sıra, bir meslek hastalığı olarak da kabul edildiğinden toplumsal ve ekonomik boyutlar düşünöldüğünde; hastanın iyileşme süresi, adaptasyonu, hastalığın tekrar etmemesi ve bu süreçte hastanın yaşam kalitesinin en üst düzeyde olması konuları önem kazanmaktadır. Bu konuların ulaştığı bireysel ve toplumsal boyutlar konunun önemini açıkça göstermektedir.

2.YÖNTEM

Araştırmada boylamsal bir çalışma yapıldı. Araştırmada 2 farklı grup içinde bulunan değişkenlerin etkinliğini saptamak amaçlı, 1 çalışma ve 1 kontrol grubu ile çalışıldı. Her iki grup için de ön test ve son test yapıldı. Kontrol grubu (Grup 1), yalnızca Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon gören KİSH hastalarından oluşturuldu. Çalışma grubu(Grup 2) , Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon + Grup Terapisi+ Gevşeme Egzersizlerinin her üçünü birden gören KİSH hastalarından oluşturuldu. Her iki grup arasında eşleme yapıldı.

2.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Nisan 2008 ile Nisan 2009 tarihleri arasında İstanbul'daki bir rehabilitasyon merkezine KİSH şikayeti ile gelip fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavi programına alınan (14 ile 30 gün arası) en az 14, en çok 30 gün fizik tedavi görmüş, 18 yaş ve üzeri olan en az ilkokul mezunu, iletişim kurmada güçlüğü ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onay formunu imzalayan, gevşeme egzersizlerini uygulamayı kabul eden, grup terapilerine katılmayı kabul eden toplam 133 hasta çalışma gurubunu oluşturulmuştur.

Kontrol gurubu olarak; en az 14, en çok 30 gün fizik tedavi gören, 18 yaş ve üzeri olan en az ilkokul mezunu, iletişim kurmada güçlüğü ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onay formunu imzalayan, 106 hasta alınmıştır.

Hastalardan 14'ü tedaviyi yarıda kestiği için ,11'i grup terapilerini tamamlamadığı için 8'i cerrahi operasyon geçirmek durumunda kaldığından programı yarıda kestiğinden, toplam 100 (62 kadın+38erkek) hasta araştırma kapsamına çalışma gurubu olarak alınmıştır. Kontrol grubundan 3 hasta fizik tedaviyi tamamlayamadığından, 3 kişi cerrahi operasyon geçirmek durumunda kaldığından 100 (68 kadın+ 32 erkek) hasta araştırma kapsamına kontrol grubu olarak alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan denek hastaların hastalık grupları; 28 fibromiyalji hastası, 20 boyun hastası, 13 bel hastası, 16 diz hastası, 8 el hastası, 9 hemipleji hastası, 6 omuz hastasından oluşmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kontrol gurubu hastaların hastalık grupları; 24 fibromiyalji hastası, 22 boyun hastası, 11 bel hastası, 19 diz hastası, 8 el hastası, 11 hemipleji hastası, 5 omuz hastası oluşturulmuştur.

Araştırma için FTR merkezinden izin alınmıştır. Anket form uygulamasından önce hastalara araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup katılımları için onayları alınmıştır.

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzdeleri

Demografik Değişkenler	GRUP 1		GRUP 2		
	N	%	N	%	
YAŞ	22-34	21	21,0	25	25,0
	35-47	26	26,0	29	29,0
	48-60	30	30,0	22	22,0
	61 ve Üzeri	23	23,0	24	24,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0
CİNSİYET	Erkek	32	32,0	38	38,0
	Kız	68	68,0	62	62,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0
MEDENİ HAL	Evli	77	77,0	74	74
	Bekar	20	20,0	21	21
	Dul	3	3,0	5	5
	Toplam	100	100	100	100
ÇOCUK SAYISI	Çocuksuz	24	24,0	37	37,0
	1 Çocuklu	21	21,0	17	17,0
	2 Çocuklu	20	20,0	16	16,0
	3 Çocuklu	15	15,0	13	13,0
	4 ve Üzeri Çocuklu	20	20,0	17	17,0
	Toplam	100	100	100	100
HASTALIK	Bel	11	11,0	13	13,0
	Boyun	22	22,0	20	20,0
	Diz	19	19,0	16	16,0
	El	8	8,0	8	8,0
	Fibromiyalji	24	24,0	28	28,0
	Hemiplej	11	11,0	9	9,0
	Omuz	5	5,0	6	6,0
	Toplam	100	100,0A	100	100,0
HASTALIK GRUBU	Diğer	76	76,0	72	72,0
	Fibromiyalji	24	24,0	28	28,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışan	57	57,0	63	63,0
	Emekli	43	43,0	37	37,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0
EĞİTİM DURUMU	İlkokul	13	13,0	11	11,0
	Ortaokul	19	19,0	22	22,0
	Lise	31	31,0	30	30,0
	Lisans	26	26,0	26	26,0
	Yüksek Lisans	11	11,0	11	11,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0

2.2. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma yapılırken aşağıdaki araçlar kullanılmıştır.

1. Bilgi formu (Ek 1)
2. Beck Depresyon Envanteri(BDE) (Ek 2)
3. Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması (Ek 3)
4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
5. Grup Terapisi
6. Gevşeme Egzersizleri

2.2.1 Bilgi Formu:

Araştırmaya katılan hastalara; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek memnuniyeti, hastalık bölgesi (bel, omuz, diz, el, boyun, fibromiyalji, hemipleji) konularında bilgi almak üzere düzenlenmiş sorulardan oluşan bilgi formu uygulanmıştır .

2.2.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE):

Beck(1979) araştırmalarında BDE “Beck depression Inventory”(BDE)adıyla ilk kez 1961 formu olarak Beck Ward Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından, daha sonra da 1978 formu olarak Beck, Rush,ve Emery tarafından geliştirilmiştir. 1961

yılında geliştirilen ilk formu, hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddeden oluşan orijinal formdur. 1978 formu ise, kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulanması yapılan 21 maddelik formdur. *Her iki formun güvenilirlik açısından eşdeğerde olduğu gösterilmiştir.* Hisli(1989). Maddeler klinik gözlem ve verilere dayanılarak hazırlanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğinde Miller ve Seligman üç aylık ara ile güvenilirlik katsayısını 0.74 olarak bulmuştur. Beck iki yarım test güvenilirliği çalışmasında ise güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak bulmuştur. Ayrıca batıda yapılan çeşitli araştırmalarda güvenilirlik katsayılarının 0,60 ve 0,87 arasında değiştiği görülmüştür. (Hisli(1989) Beck Depresyon Envanteri için Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin (Erkal) tarafından “Beck Depresyon Ölçeği” adı ile yapılan uyarlama çalışmasıdır. Diğeri ise, Nesrin Şahin (Hisli) tarafından “Beck Depresyon Envanteri” adı ile yapılan çalışmadır.

Yorumlama konusunda ise, Hisli (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında BDE’nin kesme noktaları da incelenmiş, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, sağaltım gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğruluk ayırt edebildiği görülmüştür. Bu bulgunun literatürle de tutarlı olduğu belirtilmektedir.

Saltpeker (2007) Nitelik açısından BDE, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecelerini nesnel olarak belirlemektir. Tür olarak kendini değerlendirme ölçeğidir. 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Uygulama süresi olarak zaman sınırlaması yoktur, yaklaşık 10-15

dakikada yanıtlanabilir. Kapsamı 21 belirti kategorisini içerir. Bunlar; duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, karasızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır.

Uygulanış olarak bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Uygulama gününde dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlenmesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin yada şiddetinin yüksekliği olarak yorumlanmaktadır.

2.2.3.Yaşam Kalite Ölçeği Kısa form36 (SF-36) Sağlık Taraması

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa form-36 (Short Form-36; SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. (Ware JE,1992)Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36

oluşturulmuştur. (Bowling A,1997) Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment /Medical Outcomes Study; HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere düşünülmüştür ve bu nedenle ilk yayınlanan kaynak da dahil olmak üzere pek çok kaynakta bu kısıtlamalar ölçeğin adına eklenmiş olarak görülmektedir.

SF-36 'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 madde den oluşmaktadır. Bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ülkemizde bu süreç Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi projesine Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümünden Prof. Dr. Güler Fişek 'in katılımıyla başlamıştır. SF-36'nın Türkçe için bedensel hastalığı (romatizmal hastalığı)olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve Ark. Tarafından tamamlanmıştır (Koçyiğit , 1999).

2.2.4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik Tedavi Uygulamalarında tedavi yapılırken özellikli bir takım aletler ve metodlar kullanılmaktadır. KİSH tedavisinde fizik tedavi ajanları ve rehabilitasyon egzersizleri uygulanır. Ortopedik, Nörolojik, Felçli (İnmeli) hastalara; genelde fizik tedavi ajanlarının yanında özellikle fizyoterapistlerle bire bir rehabilitasyon

egzersiz uygulamaları yapılır. Hastanın şikayeti, daha çok bel, boyun, sırt, diz, el, kol gibi alt ve üst ekstremiteleri ilgilendiren bölgelerde ise hastaya sadece fizik tedavi ajanları ile uygulama yapılır. Genelde bu tür hastalara rehabilitasyon egzersizleri uygulanmaz. Kas güçlendirici egzersiz programları öğretilip hem tedavi sonunda hem de evde bu egzersizlerin yapılması istenir.

Hastaya uygulanan fizik tedavi ajanları; Tens, Ultrason, Sıcak Paket, Parafin Banyosu, Girdap Banyosu, Fluidoterapi, Soğuk Paketler, İnfraruj, Mikrodalga Diatermi, Lazer, Traksiyondur. Hastaya fizik tedavi ajanlarından birkaç tanesi uygulanır daha sonra masaj yapılır ve tedavi 14 ya da 30 gün aralıksız her gün aynı programla devam eder.

2.2.5. Grup Terapisi

Ersoy (2004) T- grupları (‘insan ilişkileri eğitimi’, ‘training in human relations’) ABD’i Connecticut Eyaleti’nde halkın ırk konusundaki tutumlarını değiştirmek amacıyla 1946 yılında ortaya çıkmıştır. Önde gelen bir sosyal psikolog olan Kurt Lewin’dan bu konuda öncülük edecek liderleri eğitmesi istenilmiştir. Lewin, her biri on üyelik küçük gruplardan oluşan bir çalışma ekibi örgütlemiştir. Bu gruplar o zamanın geleneksel biçimiyle yönetilmiş; bunlar temelde tartışma grupları olup, grup üyelerinin ortaya koyduğu “geri plandaki” sorunları çözümlenmişlerdir. Bu gruplar hızla yayılmıştır. Yüzlerce liderin ve binlerce katılımcıyla başlayan bu gruplar başlangıçta eğitime öncelik vermiş ama zamanla klinik grup uygulamaları için büyük katkıları olmuştur.

Grup psikoterapisi psikoterapi tekniklerinin bir grup hastada uygulanmasıdır. Bununla birlikte grup terapinin bireysel terapiden farklı yönleri vardır. Bireysel terapide terapist iki kişi, kendisi ve hastası arasındaki etkileşim içinde, sözel ya da davranışsal girişimlerle hastanın semptomlarını gidermeyi, uyuma yönelik olmayan davranışları değiştirmeyi ya da diğer bir ifadeyle kişilik değişimini hedefler. Grup psikoterapisinde ortaya çıkan etkileşim ise; terapist ile tek tek hastaların her biri arasında olabildiği gibi, hastaların birbirleri arasında da olur. Ayrıca grup terapisinde iki kişinin ilişkisinde ortaya çıkmayacak ilişki biçimlerinin (semptomlar ya da aktarımlar) ortaya çıkma olasılığı vardır. Bir yanda karakter değişimi gibi büyük hedefler diğer yanda daha sınırlı fakat önemli bir alanda işlevselliğin arttırılmasını hedefleyen gruplar vardır. Psikososyal becerileri arttırma, sosyal becerileri geliştirme, sigara içme gibi belli bir davranışı değiştirme gibi amaçlar çok genel ya da özel olabilir. Ersoy (2004) Grup Terapisi, konulan hedefleri gerçekleştirmeye çalışan, etkin bir terapi yöntemidir.

2.2.6. Gevşeme Egzersizleri

Vücudun birçok kas gurubunu gevşetmeyi sağlayan bu egzersizler, korteksi uyararak gerginliğin azalmasını sağlar. Ruhsal ve zihinsel gerginlik ile stresten kurtulma, kronik ve akut ağrıyı azaltır, uyku problemlerini giderir, anksiyeteyi, baş ağrısını, boyun ve bel ağrıları, fantom ağrısı azaltır Baltaş (2000).

Gevşeme programından fayda sağlayabilmek için sistematik egzersiz ve düzenli uygulama yapmak gerekir. Sistematik egzersiz ve düzenli uygulamalar bedenin yeni bir işleyiş kazanmasını sağlar. PGE; germe-gevşetme (1.aşama-yaklaşık 20 dakika), otojenik eğitimi-sadece gevşeme (2.aşama-yaklaşık 10 dakika),derin

nefes eğitimi- nefesli gevşeme (3.aşama – yaklaşık 3-4 dakika), hızlı gevşeme (4.aşama-birkaç saniye) olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama en temel ve en yoğun adımdır. Bireye, gözleri kapalı iken, belirtilen kas grubu sırasıyla önce girmesi sonra gevşemesi söylenir. Bunu yaparken az önce yaşadığı gerilim duygusunu daha sonraki gevşeme duygusu ile sürekli kıyaslaması istenir. Bireyin burada, ilk seanstan itibaren öğrendiği önemli bilgiler vardır. Kas gruplarını nasıl kullandığının farkına varır. Diğer bir öğreti de kas tepkilerinin kendi kontrolü ile değiştirebileceğidir Batur(1999).

2.3. İŞLEM

Bu çalışma üç aşamada tamamlanmıştır. İlk aşama; FTR uygulaması ile beraber Anket, BDE ve SF-36 testlerinin uygulanması. İkinci aşama; her iki gruba da FTR uygulaması devam ederken yalnız Grup 2 ye (çalışma grubu), Grup Terapisi ve Gevşeme Egzersizleri uygulandı. Üçüncü aşama; Her iki grubun tüm işlemleri bittikten sonra son test uygulaması yapıldı.

2.3.1. Anket Formu ve BDE ile Kısa Form SF-36 Testlerinin Uygulanması

Hastalara KİSH için hastaneye başvurup muayene olduktan sonra uzman hekim fizik tedaviye yönlendirmiş ise, hasta kabul bankosundan araştırmacıya haber verilir. Terapist elinde bilgi formu anketi ve onay formu ile hastayı karşılar. Hastaya yapılan araştırma hakkında detaylı bilgi verilir. Araştırmaya katılmayı kabul edenler için kabul ettiğini belirten onam formu imzalatılır.

Hastanın tedavi için geldiği ilk gün, sosyodemografik bilgileri içeren bilgi formu anketi araştırmacının odasında hasta tarafından doldurulur. Hastanın varsa soruları araştırmacı tarafından yanıtlanır. Hastanın rahat bir konumda olması sağlanır. Hastaya BDE ve SF- 36 Kısa form testleri de verilir, hastanın rahat olup olmadığı sorulur. Eğer yoruldu ise yada tüm testlere aynı gün içinde cevap vermek istemiyorsa hastaya ara verebileceği söylenir. Ertesi günde testlere cevap verilebileceği belirtilir. Hastaya tüm testler tedavinin ilk iki günü içinde bitirilmesi gerektiği hatırlatılır.

Ön testler yapıldıktan sonra tedavileri tamamlanmış olan hastalar tedavilerinin bitiminden 15 ile 30 gün sonra kontrol muayenesine geldiklerinde son testleri yapılır. Son testleri cevaplarırken de yine araştırmacının odasında aynı masada yine hasta tarafından testlerin cevaplanması beklenir. Varsa sorular yanıtlanır. Geribildirimleri alınır. Katılımlarından dolayı hastalara teşekkür edilir.

2.3.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yapılırken

Tüm hastalar gün içerisinde 9:00 ile 18:00 saatleri arasında fizik tedavi görürler. Hastalara uygulanan fizik tedavi ajanları ve rehabilitasyonlar hastalık türlerine göre farklılık göstermektedir. Uzman hekim ve fizyoterapistin ortak değerlendirmesi sonucu her hastaya özel program düzenlenir. Uygulamaları bizzat fizyoterapistler gerçekleştirir. Haftanın her günü Pazar hariç hasta aynı programı görür. Hastanın çok önemli bir sebebi yok ise kesinlikle tedaviyi aksatmadan düzenli gelmesi istenir. Özellikle tedavinin ilk beş günü ara vermeden devam

edilmesi gerektiği hastaya söylenir. Seanslar 14 ile 30 gün arasında değişmektedir. Hemipleji hastaların tedavisi yıllarca devam edebilir, ancak araştırmamızda yalnızca 30 günlük tedaviye katılan hemipleji hastaları alınmıştır. Seans süreleri hastalık türüne göre birbirinden farklıdır. Seanslar devam ederken kimi hastalar ilaç alımına devam ederler. İlk 5 seans ağrıların daha da arttığı hastalar tarafından geribildirim olarak verilmektedir. Bu durum literatürle doğru orantılıdır. Fizik tedavi uygulamaları bittikten bir iki ay sonra hastalar kendilerini daha da iyi hissettiklerini belirtir, bir çoğu ağrılarının tamama yakınının geçtiğini ifade ederler.

2.3.3. Gurup Terapisi Yapılırken

Araştırmanın denek gurubunu oluşturan 100 KISH hastalarına, hem fizik tedavi hem gevşeme egzersizleri hem de grup terapisi uygulaması yapılmıştır. Grup terapisi bu hastalara kapalı grup terapisi şeklinde uygulandı. Gruplar haftada 2 kez 2 saat süreyle toplam 8 seans olacak şekilde, FTR Merkezinde Psikolog olarak hizmet veren 2 uzman psikolog tarafından uygulandı. Uzman psikologlardan biri lider diğeri yardımcı terapist olarak terapi seanslarında bulundu.

Her bir grup 8-13 kişiden oluşacak şekilde, rastgele seçilmiş, dışlama ölçütlerini karşılamayan, çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden toplam 100 sayıda KISH hastalarının grup terapisine alınması planlandı. Her terapi seansı belli bir düzeni takip etti. Bunlar; Önceki seansın içeriğinin gözden geçirilmesi. O günkü seansın konusunun tanıtılması ve grup üyeleri tarafından tartışılması. Gelecek seansa kadar yapılması gereken ödevlerin belirlenmesi. Seansın sonunda hastaların tepkilerinin ifade edilmesi.

Genel olarak seanslar aşağıdaki şekilde planlandı:

1.seans: Terapistlerin kendilerini tanıtması, grup terapinin kurallarının anlatılması, çerçevenin çizilmesi, hastaların birbirini tanınması, KISH hakkında ve ağrı mekanizmaları ve depresyon hakkında bilgilendirme, tedavi ilke ve mantığının ortaya konması.

2-3seanslar: Ağrıya uyum sağlamak için geliştirilen davranışların tartışılması, ağrının hastaların yaşamına getirdiği değişikliklerin ortaya çıkarılması, gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, ağrının düşünce ve duygularla ilişkinin tartışılması, ağrı üzerine etkili düşünce ve duyguların araştırılması, hatalı bilişlerin ortaya çıkarılması ve tartışılması.

4-7.seanslar: Ağrı ve depresyon ile başa çıkma yollarının öğretilmesi: gevşeme, aktivite-istirahat döngüsünün düzelmesi, dikkat uzaklaştırma (diversion) stratejileri, günlük tutulması, günlük etkinliklerin programlanması, yeni davranışların edinilmesi, stresle başa çıkma teknikleri, hastaların kendileri ve hastalıkları hakkında olumsuz ve yanlış inanışlarının yeniden kavramsallaştırılması.

8.seans: Problem alanlarının genel olarak yeniden gözden geçirilmesi, her bir grup üyesine belli bir geri bildirim verilmesi, öğretilenlerin idame ettirilmesinin öneminin vurgulanması, beklenen ve korkulan alanların çıkarılması ve tartışılması, soruların cevaplanması ve tedavi bitişi ile ilgili duyguların ağığa çıkarılması.

Grup Terapinin hedefleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Hastaların ağrıya rağmen yaşamlarına etkin ve aktif rol kazanmalarını desteklenilmesi.

2. Hastaların benzer problemleri olan başkaları olduğunu görmesini ve yalnız olmadığını öğrenilmesi.
3. Ağrı hakkında hastaların bilgilerinin artırılması ve davranış, düşünce ve duyguların ağrı üzerindeki etkilerini anlamalarını sağlanması.
4. KISH ve depresyon gibi hastalıkların fiziksel ve zihinsel süreçlerini ve doğasını tanımak, baş etmeyi öğrenilmesi.
5. Hastalıkla mücadele etme yöntemlerini ve hastanın güç kaynaklarını belirleme, yeni yetenek ve donanım kazandırılması.
6. Bedenini kullanmayı öğrenme, nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri öğrenme.

2.3.4. Gevşeme Egzersizleri Yapılırken

Gevşeme Egzersizi programına katılan çalışma grubundaki hastalar 10 kişilik gruplar halinde programa alındı. Her bir hasta ayrı bir hasta yatağına uzanarak gevşeme egzersizi uygulaması başlandı. Gevşeme egzersizleri CD sinin ses düzeneği salondaki hoparlörlerden gelecek şekilde ayarlandı. Tüm komutların dinlenilmesi ve bizzat uygulanması gerektiği tüm hastalara söylenildi. Türk Psikologlar Derneğinin hazırlamış olduğu gevşeme egzersizleri CD sindeki müzik eşliğinde komutlar hastalar tarafından tek tek uygulandı. Birkaç seanstan sonra komutlar sadece kafada düşünülerek uygulamalar devam etti. Hastalar haftada 5 kez

gevşeme egzersizi programına alındı. Toplam 15 kez tekrarlandı. Derin nefes, doğru nefes alma teknikleri ve faydaları öğretildi.

Gevşeme egzersizleri uygulanırken verilen CD'den gelen komutlar detaylarıyla aşağıda verilmiştir:

Rahat edeceğiniz ve kimsenin sizi rahatsız edemeyeceği konforlu yatağa uzanın ve size verilecek komutları uygulayın.

Gözlerinizi kapatıp tüm dikkatinizi toplarken uzuvlarınızı kasıp daha sonrada gevşetecek pozisyona girin.

Ellerinizi sımsıkı yumruk yapıp yaklaşık olarak üç saniye sıkın, daha sonra gevşetin ve bu gevşemeyi beş saniye sürdürdükten sonra tekrardan ellerinizi sımsıkı yumruk yapıp yaklaşık olarak üç saniye sıkın, daha sonra tekrardan beş saniye kadar gevşetin.

Daha sonra yukarı çıkararak kollarınızı gerin. Adeta önünüzde bir duvar olduğunu farz ederek avuç içleriniz duvara değermiş gibi kollarınızı ileri doğru uzatıp kasın, bir yay gibi gerilen kollarınızı yaklaşık üç saniye kadar sonra gevşetmek için kucağınıza bırakın.

Beş saniye kadar dinlendirdikten sonra tekrar avuç içleriniz duvara değermiş gibi kollarınızı ileri doğru uzatıp kollarınızı kasın ve tekrar gevşetip dinlendirin.

Sıra omuzlarınıza geldiğinde kafanızı hiç kımıldatmadan omuzlarınızı yukarı doğru kaldırın, kulaklarınıza değdirecekmiş gibi yaklaşık üç saniye kadar kasın. Omuzlarınızı aşağıya yavaşça düşürerek kaslarınızı gevşetin. Beş saniye dinlendirdikten sonra kafanızı hiç kımıldatmadan omuzlarınızı tekrardan kulaklarınıza değdirecekmiş gibi yukarı doğru kaldırın ve yaklaşık üç saniye kadar

kasın. Omuzlarınızı aşıya yavaşıa dūşürerek kaslarınızı gevşetin. Beş saniye omuz kaslarınızı rahatlattıktan sonra yüzünüze ve kafanıza geçin.

Alnınızı kasın; kaşlarınızı saçlarınıza doğru kaldırıp alnınızı kasın veya kaşlarınızı çatın. Üç saniye kadar kastıktan sonra gevşetin, alnınızın her noktasının gevşediğini düşünün. Beş saniye gevşettikten sonra tekrardan alnınızı kasın üç saniye kadar kasılı tuttuktan sonra yine yavaşıa gevşetin.

Gözlerinizi sımsıkı yumun ve göz kapaklarınızı kasın yaklaşık üç saniye kadar kastıktan sonra yavaş yavaş gevşeterek beş saniye kadar gevşek pozisyonda bıraktıktan sonra tekrardan kasıp aynı işlemi gerçekleştirin.

Dudaklarınıza gelin dudaklarınızı sımsıkı bir biçimde birbirine bastırın ve üç saniye kadar gerginleştirdikten sonra yavaşıa gevşetin beş saniye kadar gevşek pozisyonda bırakarak rahatlatın. Tekrardan dudaklarınızı sımsıkı bir biçimde birbirine bastırın ve üç saniye kadar gerginleştirdikten sonra yavaşıa gevşetin beş saniye kadar dinlendirin.

Daha sonra çenenize geçin tüm dikkatinizi çenenizde toplayarak dişlerinizi sımsıkı birbirine bastırın üç saniye kadar gergin tutarak yavaşıa gevşetin ve beş saniye kadar iyice gevşetin. Tekrardan dişlerinizi sımsıkı birbirine bastırın üç saniye kadar gergin tutarak yavaşıa gevşetin ve beş saniye kadar iyice gevşetin.

Şimdi de boynunuza geçin; başınızı öne doğru eğerek çenenizi göğsünüze bastırarak boynunuzu gerin üç saniye kadar gergin tutarak başınızı yavaşıa kaldırın. Boyun kaslarınızı yavaşıa beş saniye kadar iyice gevşettikten sonra tekrardan başınızı öne doğru eğerek çenenizi göğsünüze bastırarak boynunuzu gerin üç saniye kadar gergin tutarak başınızı yavaşıa kaldırın. Boyun kaslarınızı yavaşıa beş saniye kadar iyice gevşettikten sonra karın kaslarınıza geçin.

Karın kaslarınızı sanki birisi karnınıza yumruk atıyormuş gibi gerili tutun. Üç saniye sonra kaslarınızı yavaşça gevşetin ve beş saniye kadar daha da rahatlatın. Ardından karın kaslarınızı tekrardan kasın ve yavaşça beş saniye kadar gevşetin.

Sıra bacak kaslarınıza geldi ayaklarınızı ileriye doğru uzatıp her iki bacağınızı yukarı kaldırın. Böylece bacak kaslarınız gerilecektir. Üç saniye kadar bacaklarınız gerilmiş vaziyette durduktan sonra yavaşça indirerek bacaklarınızı rahatlatın ve beş saniye kadar iyice gevşetin. Tekrardan bacaklarınızı ileriye doğru uzatıp bacaklarınızı kaldırın üç saniye kadar gerili tuttuktan sonra beş saniye kadar yavaşça indirerek gevşetin.

Vücudunuzun kaslarını gerip, gevşeterek gevşemenin ne olduğunu anlayana kadar haftalarca bu işleme devam edin.

Tüm bu egzersizleri yaparken düzenli ve doğru nefes alın.

Derin nefesler alın. Aldığımız derin nefesler sizi germeyecek ve sıkmayacak derinlikte olsun. Aldığınız her derin havayı içinize alırken yavaş ve bırakırken daha yavaş bırakın. Bu nefes egzersizini yaklaşık olarak, saymadan yedi sekiz kere alıp verin. Olduğunuz yerde biraz dinlendikten sonra yavaşça gözlerinizi açıp kalkın.

Tüm bu program boyunca hastaların gevşeme egzersizleri uygulamalarında terapist salonda hastaları izlemiş ve yardımcı olmuştur. Seanslar fizik tedavi seansları bittikten sonra uygulandı. Her seans aynı sürede tamamlandı. Bazı hastalar seans sonunda 5 ila 20 dakika boyunca uyuya kaldı. Hastalar derin nefes tekniklerini her gün evde 40 kez tekrarlamaya çalıştı. İlk seanslarda bazı hastalar gevşemede zorluk çekse de son seanslara doğru her bir hasta uygulamaları tam ve düzgün şekilde yaptı, geri bildirimlerinde de tüm hastalar bunu teyit etti.

2.4. ARAŞTIRMANIN VERİ ÇÖZÜMLEME YÖNTEMİ

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 for Windows (Statistical Package of social science) programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler: Verilerin özelliğini tanımlamak için; yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, maksimum değerleri kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için ve Cronbach's alfa kullanılmıştır. Hata payı 0,05 kabul edilmiştir. Yapılan çalışmada öncesi ve sonrası şeklindeki gruplar arası farklılıkların incelendiği analizlerde t testi kullanılırken, iki farklı tedavinin etkinliğini ölçmek amacıyla yapılan ön test ve son test sonuçlarının karşılaştırıldığı analizlerde ise eşleşmiş örnekler t - testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Yapılan araştırmada bulunan tüm bulgular tablolar halinde aşağıda verilmiştir

Tablo 2: Sosyo - Demografik Değişkenlerden; alışanların İşinden Memnun Olma ve Olmama Durumu ile BDE Değerleri Arasındaki İlişki (İstatistiksel Analiz Yöntemlerinden ‘t’ Testi kullanılmıştır.)(Her iki grup tedavi öncesi)

	DURUM	N	Ortalama	Standart Hata	P
BDE	Evli	151	16,73	0,85	0,619
	Bekar	41	15,3	1,51	
	Dul	8	13,37	0,72	
BDE	Çocuksuz	61	15,51	1,22	0,260
	1 Çocuklu	38	15,6	1,56	
	2 Çocuklu	36	19,03	2,12	
	3 Çocuklu	28	18,82	2,01	
	4 ve Üzeri Çocuklu	37	13,76	1,33	
BDE	İşinden Memnun Olan	63	13,55	0,91	0,016*
	İşinden Memnun Olmayan	57	19,12	1,51	

*P<0,05 (anlamlı)

BDE değerleri, medeni hal ve çocuk sayısına göre farklılık göstermezken,

İşinden memnun olanlarla, memnun olmayanlar arasında farklılık göstermektedir.

Tablo 3 : Ölçeğin Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayıları

Yaşam Kalitesi Kısa Form SF - 36 Ölçeği	Cronbach's Alfa Değeri (Tedaviden Önce)	Cronbach's Alfa Değeri (Tedaviden Sonra)
Grup 1	0,764	0,704
Grup 2	0,889	0,883
Genel	0,838	0,818

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Bulunan Cronbach's alfa değerleri tedavi öncesi ve sonrası şeklinde ve tedavi gruplarına göre (Grup1 , Grup 2) ayrı ayrı incelenmiştir. Grup 1' e ait güvenilirlik değerleri 0,70 seviyesinde iken Grup 2' ye ait güvenilirlik değerleri ise 0,88 seviyesindedir. Tedavi gruplarına göre ayırım yapılmadan incelendiğinde ise güvenilirlik değerleri 0,80' den büyüktür. Bütün bu sonuçlar değerlendirildiğinde SF-36 Kısa form ölçeğin genel olarak güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Grup 1 ve Grup 2 Denekleri Arasında Tedaviye Başlamadan Önce Anlamlı Bir Fark Olup Olmadığının BDE Değerlerine Göre Tespiti (t testi yapılmıştır)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	P
Beck Depresyon Envanteri	Grup 1 (N = 100)	20,10	13,25	3,00	45,00	0,590
	Grup 2 (N = 100)	19,12	12,43	2,00	45,00	

Tedavilere başlanmadan önce her iki grubun depresyon düzeylerinin farklı olup olmadığı test edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

($P = 0,590 > 0,05$).

Tablo 5: Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2' e ait SF – 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının İncelenmesi (t testi yapılmıştır)

SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	P
Fiziksel Fonksiyon Ön Test	Grup 1 (N = 100)	43,85	34,01	0,00	100,00	0,854
	Grup 2 (N = 100)	44,75	34,93	0,00	100,00	
Fiziksel Rol Güçlüğü Ön Test	Grup 1 (N = 100)	36,25	37,67	0,00	100,00	0,199
	Grup 2 (N = 100)	43,25	39,06	0,00	100,00	
Ağrı Ön Test	Grup 1 (N = 100)	41,80	21,11	0,00	90,00	0,268
	Grup 2 (N = 100)	45,12	21,12	0,00	90,00	
Genel Sağlık Ön Test	Grup 1 (N = 100)	63,02	21,86	5,00	92,00	0,534
	Grup 2 (N = 100)	61,12	21,22	5,00	92,00	
Enerji Ön Test	Grup 1 (N = 100)	46,25	27,17	0,00	100,00	0,209
	Grup 2 (N = 100)	41,55	25,55	0,00	95,00	
Sosyal Fonksiyon Ön Test	Grup 1 (N = 100)	61,13	25,06	0,00	100,00	0,971
	Grup 2 (N = 100)	61,25	24,07	0,00	100,00	
Duygusal Rol Güçlüğü Ön Test	Grup 1 (N = 100)	45,00	40,86	0,00	100,00	0,954
	Grup 2 (N = 100)	44,67	41,63	0,00	100,00	
Ruhsal Sağlık Ön Test	Grup 1 (N = 100)	60,52	22,21	16,00	100,00	0,151
	Grup 2 (N = 100)	55,68	25,14	4,00	96,00	

Tedavilere başlanmadan önce her iki grubun yaşam kalitesi SF-36 alt boyutları değerlerinin farklı olup olmadığı test edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tüm P değerleri $> 0,05$ olduğundan iki farklı tedavi yöntemi uygulanan deneklerin tedavi öncesinde yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 6: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Grup 1' e Göre İncelenmesi (t testi yapılmıştır) ;

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Güven aralığı		P
				Alt Sınır	Üst Sınır	
B.D.E. Ön Test - B.D.E. Son Test	Grup 1	1,93	4,38	1,06	2,80	0,000**

**P<0,01 (çok anlamlı)

Grup 1'deki deneklerin BDE değerlerinin tedaviden önce ve sonra farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

P= 0,000 < 0,05 olduğu için Grup 1' deki deneklerin tedavi öncesi ve sonrası depresyon değerleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 7: Beck Depresyon Envanteri Ön Test ve Son Test Farklarının Grup 2' ye Göre İncelenmesi (t testi yapılmıştır) ;

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Güven aralığı		p
				Alt Sınır	Üst Sınır	
B.D.E. Ön Test - B.D.E. Son Test	Grup 2	5,19	6,43	3,91	6,47	0,000**

**P < 0,01 (çok anlamlı)

Grup 2' deki deneklerin BDE değerlerinin tedaviden önce ve sonra farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

P= 0,000 < 0,05 olduğu için Grup 2' deki deneklerin tedavi öncesi ve sonrası depresyon değerleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 8: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 1 için (t testi yapılmıştır) :

SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Tedavi Grubu	Ortalama	Standart Sapma	Güven aralığı		P
				Alt Sınır	Üst Sınır	
Fiz. Fonk. Ön Test – Fiz. Fonk. Son Test	Grup 1	-4,20	6,21	-5,48	-3,02	0,000**
Fiz. Rol Güçlüğü Ön Test –Fiz. Rol Güçlüğü Son Test	Grup 1	-6,50	12,23	-8,18	-3,32	0,000**
Ağrı Ön Test - Ağrı Son Test	Grup 1	-9,94	14,27	-12,77	-7,11	0,000**
Genel Sağlık Ön Test - Genel Sağlık Son Test	Grup 1	-6,47	9,05	-8,27	-4,67	0,000**
Enerji Ön Test - Enerji Son Test	Grup 1	-3,80	7,49	-5,28	-2,31	0,000**
Sosyal Fonksiyon Ön Test - Sosyal Fonksiyon Son Test	Grup 1	-7,50	10,05	-9,49	-5,51	0,000**
Duy. Rol Güçlüğü Ön Test – Duy. Rol Güçlüğü Son Test	Grup 1	-16,67	28,62	-22,35	-10,99	0,000**
Ruhsal Sağlık Ön Test - Ruhsal Sağlık Son Test	Grup 1	-5,80	6,44	-7,08	-4,52	0,000**

**P < 0,01 (çok anlamlı)

Grup 1 için yaşam kalitesi SF – 36 ölçeğinin alt boyutlarının tedaviden önceki ve sonraki değerlerinin farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Tüm P değerlerinin 0,05' den küçük çıkmasından dolayı tedavi yönteminin bu boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı anlaşılmaktadır.

Grup 1' deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası yaşam kalitesi SF-36 ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 9: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Farklarının Tedavi Gruplarına Göre İncelenmesi Grup 2 için(t testi yapılmıştır):

SF - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Ön ve Son Test Farkları	Tedavi Grubu	Ortalama	Standart Sapma	Güven aralığı		P
				Alt Sınır	Üst Sınır	
Fiz. Fonk. Ön Test – Fiz. Fonk. Son Test	Grup 2	-12,90	12,52	-15,38	-10,42	0,000**
Fiz. Rol Güçlüğü Ön Test – Fiz. Rol Güçlüğü Son Test	Grup 2	-20,25	27,68	-25,74	-14,76	0,000**
Ağrı Ön Test - Ağrı Son Test	Grup 2	-23,27	16,53	-26,55	-19,99	0,000**
Genel Sağlık Ön Test - Genel Sağlık Son Test	Grup 2	-16,91	11,64	-19,21	-14,60	0,000**
Enerji Ön Test - Enerji Son Test	Grup 2	-12,70	14,25	-15,53	-9,87	0,000**
Sosyal Fonksiyon Ön Test - Sosyal Fonksiyon Son Test	Grup 2	-16,50	15,48	-19,57	-13,43	0,000**
Duy. Rol Güçlüğü Ön Test – Duy. Rol Güçlüğü Son Test	Grup 2	-27,00	32,38	-33,42	-20,58	0,000**
Ruhsal Sağlık Ön Test - Ruhsal Sağlık Son Test	Grup 2	-10,20	14,24	-13,03	-7,37	0,000**

**P < 0.01 (çok anlamlı)

Grup 2 için yaşam kalitesi SF – 36 ölçeğinin alt boyutlarının tedaviden önceki ve sonraki değerlerinin farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Tüm P değerlerinin 0,05' den küçük çıkmasından dolayı Grup 2'deki farklı tedavi yönteminin bu boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı anlaşılmaktadır.

Grup 2'deki deneklerin uygulama öncesi ve sonrası yaşam kalitesi SF-36 ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 10: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Yaşam Kalitesi SF – 36 Ölçeğinin Alt Boyut Düzeylerinin İncelenmesi (t testi yapılmıştır):

Yaşam Kalitesi SF - 36 Ölçeği Alt Boyutları	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	p
Fiziksel Fonksiyon Son Test	Grup 1 (N = 100)	48,10	31,04	0,00	100,00	0,0228*
	Grup 2 (N = 100)	57,65	27,73	10,00	100,00	
Fiziksel Rol Güçlüğü Son Test	Grup 1 (N = 100)	42,00	33,69	0,00	100,00	0,000**
	Grup 2 (N = 100)	63,50	29,61	0,00	100,00	
Ağrı Son test	Grup 1 (N = 100)	51,74	19,15	22,00	90,00	0,000**
	Grup 2 (N = 100)	68,39	18,13	22,00	90,00	
Genel Sağlık Son Test	Grup 1 (N = 100)	69,49	17,70	25,00	97,00	0,000**
	Grup 2 (N = 100)	78,03	15,65	35,00	100,00	
Enerji Son Test	Grup 1 (N = 100)	50,05	24,82	5,00	100,00	0,029*
	Grup 2 (N = 100)	54,25	22,24	10,00	100,00	
Sosyal Fonksiyon Son Test	Grup 1 (N = 100)	68,63	20,76	12,50	100,00	0,0016**
	Grup 2 (N = 100)	77,75	19,59	0,00	100,00	
Duygusal Rol Güçlüğü Son test	Grup 1 (N = 100)	61,67	32,95	0,00	100,00	0,0198*
	Grup 2 (N = 100)	71,67	26,96	0,00	100,00	
Ruhsal Sağlık Son Test	Grup 1 (N = 100)	45,64	19,94	16,00	100,00	0,081
	Grup 2 (N = 100)	55,72	21,48	20,00	100,00	

*P < 0,05 (anlamli) , **P < 0,01 (çok anlamli)

Grup 1 ile Grup 2 arasında tedavi sonrasında yapılan Yaşam Kalitesi SF – 36 Ölçek sonuçları alt boyutları incelendiğinde;

Grup 2 değerlerinin Grup 1 değerlerinden istatistiksel olarak anlamli bir şekilde farklı olduğu gözlenmektedir (P < 0,05).

Grup 1 deki hastaların tedavi sonrası yaşam kalitesi SF-36 ölçek alt boyut değerleri, Grup 2 deki hastaların tedavi sonrası yaşam kalitesi SF-36 ölçek alt boyut değerlerinden daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Tedavilerden Sonra Gruplara Göre Depresyon düzeyinin İncelenmesi (t testi yapılmıştır)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Tedavi Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	P
	Grup 1 (N = 100)	18,17	11,46	3,00	45,00	
Beck Depresyon Envanteri Son test	Grup 2 (N = 100)	13,93	7,56	2,00	35,00	0,002**

**P < 0,01 (çok anlamlı)

Grup 1 ile Grup 2 arasında tedavi sonrasında yapılan BDE sonuçları incelendiğinde; Grup 2 değerlerinin Grup 1 değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlenmektedir. (P =0,002 < 0,05).

Grup 1' in depresyon düzeyinin Grup 2' den daha büyük olduğu gözlenmektedir.

Tablo 12: Grup 2’ de Fibromiyalji hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi (t testi yapılmıştır) :

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Grup 2 Hastalık Türlerine göre	Ortalama	Standart Sapma	P
Beck Depresyon Envanteri Son Test - Ön Test Farkı	Fibromiyalji Hastaları (N = 28)	13,21	5,56	0,000**
	Diğer Hastalar (N = 72)	2,07	3,25	

** P < 0,01 (çok anlamlı)

Grup 2’deki fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi ve sonrası depresyon düzeyindeki olumlu fark, diğer hastalık gruplarında oluşan olumlu farktan daha fazladır.

Grup 2’ de BDE değerlerindeki ön test ile son test arasındaki farkın fibromiyalji hastalarında diğer hastalara oranla daha büyük olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır. (P = 0,00 < 0,05).

Tablo 13: Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2 de yer alan tüm denekler arasında Fibromiyalji Hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın incelenmesi (t testi yapılmıştır):

BECK DEPRESYON ENVANTERİ	Grup 1 + Grup 2 Hastalık Türlerine göre	Ortalama	Standart Sapma	P
	Fibromiyalji Hastaları (N = 52)	33,13	9,20	
Beck Depresyon Envanteri Ön Test	Diğer Hastalar (N = 148)	14,86	10,27	0,000**

**P < 0,01 (çok anlamlı)

Tedavilere başlanmadan önce tüm hastalar üzerinden depresyon envanteri sonuçları incelendiğinde fibromiyalji hastalarının depresyon düzeyinin diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde büyük olduğu gözlemlenmektedir.

(P = 0,000 < 0,05). Hem Grup 1 hem Grup 2 deki Fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi depresyon düzeyi, yine grup1 ve grup2 deki diğer hastalardan daha yüksektir.

4.TARTIŞMA

KISH toplumdaki kronik (uzun süreli) hastalıklar arasında ön sıralarda yer almaktadır. KISH'nın en önemli bulguları arasında yer alan ağrı ve depresyon kişinin yaşam kalitesinin düşmesi ile yakından ilişkilidir. Bu hastalıklar kişiye ızdırap vererek günlük yaşam ve iş ortamında fonksiyonları kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

Birleşmiş Milletler, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) hükümetler, sivil toplum örgütleri KISH olan kişilerin yaşam kalite düzeylerini yükseltmek amacıyla 2000–2010 yılları arasını “Kemik ve Eklem On Yılı” olarak ilan etmiştir. (Wolf 2001).

KISH'nın tedavisinde çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen henüz, kesin ve uzun etkili tedavi modelleri saptanamamıştır. Koyuncu (2007) Sırt Ağrıları Tedavi Klavuzları çalışmasında, şu cümle ile belirtir; *‘Tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşım gerekir. Tek ve ideal yöntem yoktur.*

Bu araştırmada hedeflenen; KISH temel tedavisi olarak kabul gören fizik tedaviye ek olarak uygulanan, grup terapisi ve gevşeme egzersizlerinin hastaların depresyon değerlerine ve yaşam kalitesine (fiziksel sağlık ile ruhsal sağlık gibi tüm alt boyutlarına) etkisini araştırmaktır.

KISH hastalarında görülen vücuttaki kronik yaygın ağrı ve depresif şikâyetler ve diğer belirtilerin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, genetik ve/veya çevresel (çalışma koşulları, sosyo-demografik yapılar gibi) durumlar ile ilgili olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (Erçalık 2005).

Araştırmada yalnız fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisinin etkinliği ve buna ek olarak Grup Terapisi ve Gevşeme Egzersizlerinin daha etkin bir tedavi olup olmadığının tespiti, bu tedavilerin hastaların yaşam kalitesine ve depresyon değerlerine etkisi araştırılmıştır. Araştırmada 8 soruya cevap aranmıştır.

1. Soru; Grup 1 deki hastalara uygulanan yalnız FTR'nin tedavi öncesi ve sonrası hastaların depresyon değerleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır (Tablo 6). Bulunan sonuç, tedavi öncesi ve sonrası BDE değerleri arasında anlamlı derecede fark vardır. $P = 0,00 < 0,05$ 'dir. Grup 1 hastalarına uygulanan yalnız FTR tedavisi hastaların depresyon değerleri üzerine etkili olmuştur.

2. Soru; Grup 2 deki hastalara uygulanan FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizi tedavilerinin, tedavi öncesi ve sonrası hastaların depresyon değerleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır (Tablo 7). Bulunan sonuç, tedavi öncesi ve sonrası BDE değerleri arasında anlamlı derecede fark vardır. $P = 0,00 < 0,05$ 'dir. Grup 2 hastalarına uygulanan FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizi tedavisi, hastaların depresyon değerleri üzerine etkili olmuştur.

Grup 1 ve Grup 2 tedavilerinin karşılaştırılmasında, 5. Soruda grup 1 ve grup 2 de yer alan hastalara uygulanan 2 farklı tedavi (yalnız FTR uygulaması ile FTR + Grup Terapisi + Gevřeme Egzersizi uygulamaları) sonrası hastaların depresyon düzeylerinin birbirinden farklı olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır(Tablo 11). Bulunan sonuç; Grup 2 de bulunan 3 lü terapi uygulanan hastaların depresyon değerleri, grup 1 de bulunan yalnız FTR uygulanmış hastaların depresyon değerlerinden daha dūřüktür. Her iki farklı tedavinin hastaların depresyon

değerlerine etkisi kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır. $P = 0,002 < 0,005$ dir.

Depresyon, KİSH'li hastalarda sık görülen bir bozukluk olup, Yunus ve arkadaşları bunun oranının %30 olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle fibromiyalji türünde çok sık rastlanılmaktadır. Ayrıca inmeli (Felçli, Hemipleji) hastalarda en sık rastlanan psikiatrik bozukluk depresyondur (Çalıyurt 2007). Bu araştırmanın 200 vakalık örneklem grubunda %47 oranında depresyon mevcuttur ve BDE ortalamaları 19,61 'dir. (bkz Tablo 4) Erçalık(2005)'ın çalışmasında BDE ortalaması 18,78, Bilgici(2005)'nin çalışmasında ise BDE ortalaması 11,62 bulunmuştur. Ayrıca diğer araştırmacılardan Madenci(2006)'nin çalışmasında BDE'ni 29,3, Tekeoğlu (2008) 35,64, Sivas(2009) 21,77 bulmuşlardır. Ayrıca Yunus(2002) ve arkadaşlarının çalışmasında ve Wolfe (1990)'un çalışmalarında da BDE ortalamaları yaptığımız çalışmanın BDE bulgusu ile paralellik göstermektedir. Sonuç literatürle uyumludur.

Araştırmada gruplara uygulanan tedavilerin depresyona etkisi araştırılırken BDE skorlarındaki farklılıklara bakılmıştır. Her iki gruba uygulanan tedavinin de etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Bulunan değerler yorumlandığında, üçlü terapinin etkisinin yalnız FTR uygulamasından daha etkin olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yalnız FTR uygulanan Grup 1'in tedavi öncesi ve tedavi sonrası BDE değerleri ortalama farkı 1,93 olup, Grup 2'nin tedavi öncesi ve tedavi sonrası BDE değerleri ortalamaları farkı 5,19 olarak bulunmuştur. Deyo(1990)'nun yaptığı kontrollü çalışmada kronik bel ağrılı ve miyofasial ağrı tanılı 145 hastaya yalnızca TENS uygulandığında etkin olmadığı bulunmuş. Aynı çalışmada hastaların bazılarında germe egzersizleri uygulanmış ve bunların %52 sinde iyileşme saptanmıştır.

Kuran(1994) Fibromiyaljide ultrason tedavisi adlı çalışmasında fizik tedavi

ajanlarından ultrasonun hastalık üzerine olumlu etkisi saptanmıştır. Kılıç (1999) araştırmasında egzersiz tedavisinin TENS tedavisine üstün olduğu sonucuna ulaşmıştır. Nurseti ve arkadaşları (1995)'nin da hem Tensin hem de akupunkturun Fibromiyaljide etkin olduğunu bulmuştur. Erçalık(2005) araştırmasında Tens, Hasta Eğitimi ve Bilişsel Davranışçı Terapi tedavilerini uyguladığı gruplar üzerinde şu sonuçları almıştır. Her üç tedavi yönteminin Fibromiyaljiye etkin olduğu, Tens ile Hasta Eğitiminin birlikte verildiği gruplarda ağrı depresyon ve yaşam kalitesine olumlu etkisinin daha çok olduğu, BDT nin depresyon üzerinde diğerlerinden daha etkin olduğu sonuçlarını almıştır. Bu bilgiler ışığında yapılan çalışmadan çıkan verilerin literatür ile uyumlu olduğu, hastaların depresyon seviyelerindeki iyileşmede özellikle grup terapisinin ve gevşeme egzersizlerinin rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Çıkan bulgular istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlıdır ($P= 0,002 < 0,05$ dir) (Tablo 11).

3. Soruda; Grup 1 deki hastalara uygulanan yalnız FTR'nin tedavi öncesi ve sonrası hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 değerleri alt boyutları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır (Tablo 8). Bulunan sonuç, tedavi öncesi ve sonrası Yaşam Kalitesi SF-36 değerleri alt boyutları arasında anlamlı derecede fark vardır. $P = 0,000 < 0,05$ 'dir. Grup 1 hastalarına uygulanan yalnız FTR tedavisi hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 değerlerinin her bir alt boyutu üzerine olumlu etkisi mevcuttur.

4. Soruda; Grup 2 deki hastalara uygulanan FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizi tedavilerinin, tedavi öncesi ve sonrası hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 değerleri alt boyutları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır (Tablo 9). Bulunan sonuç, tedavi öncesi ve sonrası Yaşam Kalitesi SF-36

değerleri alt boyutları arasında anlamlı derecede fark vardır. $P = 0,000 < 0,05$ 'dir. Grup 2 hastalarına uygulanan FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizi tedavilerinin, hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 değerlerinin her bir alt boyutu üzerine olumlu etkisi mevcuttur.

5. Soruda grup 1 ve grup 2 de yer alan hastalara uygulanan 2 farklı (yalnız FTR uygulaması ile FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizi uygulamaları) tedavi sonrası hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 düzeylerinin birbirinden farklı olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır(Tablo 10). Bulunan sonuçta, Grup 2 de bulunan 3 lü terapi uygulanan hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 alt boyut değerleri, grup 1 de bulunan yalnız FTR uygulanmış hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 alt boyut değerlerinden daha yüksektir. Her iki farklı tedavinin hastaların Yaşam Kalitesi SF-36 alt boyut değerlerine etkisi kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu gözlenmektedir. ($P = 0,022$, $P= 0,000$, $P=0,029$, $P=0,001$, $P=0,019$, $P=0,081$)'dir.

Bu çalışmada gruplara uygulanan tedavilerin Yaşam Kalitesine etkisi araştırılırken SF-36'nın alt boyutlarının her birinin skorlarındaki farklılıklarına bakılmıştır. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası hem grup 1 hem de grup 2 için SF-36 değerlerine bakıldığında her iki gruba uygulanan tedavilerin hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Bulunan değerler yorumlandığında, bize üçlü terapinin (FTR+Grup Terapisi +Gevşeme Egzersizleri) etkisinin yalnız FTR uygulanmasından daha etkin olduğunu göstermiştir. İki gruba uygulanan farklı tedavi uygulamalarının birbiriyle kıyaslandığında grup 2 lehine SF-36 yaşam kalitesine etkisinin daha üstün olduğu (daha anlamlı tedavi sağlandığı) her bir alt boyut değerlerinde görülmektedir. Tüm bu sonuçlar aşağıda literatür ile karşılaştırılmıştır.

Gevşeme egzersizleri hastaların iskelet kası gerginliğini ve kasılmalarını hafiflettiğinden, yaşam kalitesinin öğelerinden olan fiziksel iyilik hali ve psikolojik iyilik hali ve yaşam doyumu üzerine olumlu etkisi olduğundan Kim 1992, Lerman1990 tarafından değişik hasta grupları üzerinde uygulanmıştır. Sevimli (2007) nin çalışmasında FTR uygulamasına ilave olarak jimnastik ve havuz egzersiz programlarının KİSH hastalarının SF-36 yaşam kalitesinin etkinliğini incelemiş uygulamanın yapıldığı hastalarda yaşam kalitesinde artışa neden olduğunu bulmuştur. Baykal (2008)' in yaptığı çalışmada, progresif gevşeme egzersizlerinin bel ağrılı gebelerde yaşam kalitesine etkinliğini incelemiş ve hastaların yaşam kalitesini yükselttiğini bulmuştur. Kuzeyli (2005)' nin çalışmasında progresif gevşeme egzersizlerinin uygulandığı hastalarda, yaşam kalitesinin arttığı ve kaygı düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır. Bu araştırmada çıkan sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

8.soruda, Tedavi Öncesi Grup 1 ve Grup 2 de yer alan tüm denekler arasında Fibromiyalji Hastaları ile Diğer hastaların BDE depresyon düzeyleri arasındaki farklılığın olup olmadığı araştırıldı. Fibromiyalji hastaların depresyon düzeyinin diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu gözlenmektedir. (P= 0,00 <0,05) (Tablo 13).

Fibromiyalji sendromu yaygın vücut ağrıları ve halsizlik ile kendini gösteren kronik ağrı sendromudur. En belirgin özelliği yaygın vücut ağrısı ve depresyondur. Tedavisi multidisiplinerdir (Sevimli 2007). Aytar (2007) çalışmasında KİSH'dan 6 farklı hastalık grubunu incelemiş depresif belirtilerin en fazla fibromiyalji grubunda olduğunu tespit etmiştir. Tüzün (2004) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

Fibromiyalji, Miyofasial ağrılı hastalar ve sağlıklı kontroller depresyon açısından karşılaştırılmış ve fibromiyalji tanısı konulan olguların diğer iki gruptan anlamlı şekilde daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Wolden (2003) ve arkadaşları farklı KİSH'na sahip olgular içerisinde depresyon derecelerini araştırmış ve fibromiyalji grubundaki olguların depresif belirtilerinin diğer olgulardan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yapılan araştırmada 8. Soruya yanıt olarak, çeşitli KİSH olgularını içeren 200 vakalılık örneklem grubunda tedavi öncesi BDE değeri fibromiyalji hastaları için ortalama 33,13 olup, diğer tüm hastaların BDE değerleri ortalamaları ise 14,86 bulunmuştur (Tablo 13). Bu sonuç tüm KİSH'ı arasında fibromiyalji hastalarının diğer gruplardan daha yüksek BDE depresyon skoruna sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum literatürle de paralellik göstermektedir.

7.Soruda aranan cevap, Grup 2 de yer alan Fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi ve sonrası BDE düzeyindeki olumlu fark, diğer hastalık gruplarında oluşan olumlu farktan daha fazla olup olmadığıdır. Grup 2 de yer alan Fibromiyalji hastalarının tedavi öncesi ve sonrası BDE düzeyindeki olumlu fark 13,21 olup, diğer hastalık gruplarında oluşan olumlu fark 2,07 bulunmuştur. Grup 2 ye uygulanan tedavi sonrası, hastaların depresyon değerlerine etkinliğinin hastalık türüne göre farklı olup olmadığı incelenmiştir. Bu tedavinin Fibromiyalji hastalarında daha etkin olduğu görülmüş, BDE değerleri tedavi öncesine göre kıyaslandığında tedavi sonrasında ortalama 13,21 düşmüştür. Diğer hastalardaki etkinliği fibromiyalji hastalarına göre daha az olmakla birlikte yine de BDE değerleri ortalama 2,07 düşmüştür. Bu durum üçlü terapi uygulamasının fibromiyalji hastalarının depresyon düzeylerine olumlu etkisinin diğer KİSH hastalarının depresyon düzeyine etkisinden

daha yüksek olduğunu göstermiştir. İstatistiksel olarak aralarında yüksek derecede anlamlı fark vardır ($P= 0,000 < 0,005$).(Tablo 12) Tüm bu bulgular yukarıda açıklanan literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

KİSH'nın nedenleri hakkında sosyodemografik verilerden alınan bilgiler kullanılarak; yaşa, cinsiyete, medeni hale, çocuk sayısına göre bu hastalığın çıkış nedenleri araştırılmadı. Bu bilgilerden yalnız iş yeri memnuniyetinin hastalık üzerindeki etkisi araştırılmış olup, iş yeri memnuniyetsizliğinin hastalık bulgularının ortaya çıkması ile ilgili olduğu da istatistiksel olarak gösterilmiştir. Literatürde KİSH nedenlerini araştıran, demografik yapının bu hastalık üzerine etkisini inceleyen çok sayıda araştırma mevcuttur ve bu araştırma sonuçları da bizim bulgularımızı desteklemektedir.

KİSH'nın bireyi rahatsız eden bulgularından, yalnızca ağrı ve depresyonun hasta üzerine etkisi ve yaşam kalitesine etkinliği araştırılmıştır. Literatürde KİSH ile ilişkisi ağrı süresi, ağrı şiddeti, ağrı ölçeği gibi konular birçok araştırmada yer almaktadır.

Bu çalışmada KİSH'nın tedavi yaklaşımları incelenmiş ve seçilen üç farklı terapinin (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon + Grup Terapisi+ Gevşeme Egzersizleri) etkinliği araştırılmıştır. Literatürde yer alan tedavi yaklaşımları arasında; ilaçlar, fizik tedavi ve iş uğraş eğitimi, hastaya psikolojik destek ve eğitim, beslenme, relaksasyon eğitimi, sinir blokları, biofeedback, akupunktur ve diğer alternatif tıp yöntemleri, TENS uygulamaları, psikoterapi, BDT, mesleki rehabilitasyon uygulamaları, cerrahi tedaviler gibi uygulamalar yer almaktadır. Bu tedavilerin her birinin etkinliği çeşitli

KİSH'na uygulanarak araştırılmıştır. Literatürde üçlü tedavi protokolü şeklinde bir uygulamaya rastlanılmamıştır. Literatürde; yalnız FTR, yalnız Gevşeme Egzersizleri, FTR ve BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) , FTR ve Psikoterapi gibi tedavi yaklaşımları araştırmalarına rastlanılmıştır.

FTR + Grup Terapisi + Gevşeme Egzersizleri yapılan hasta grubunun Yalnız FTR uygulaması yapılan hasta grubundan daha etkin bir tedavi olduğu, hastaların yaşam kalitesinin, tüm alt boyutlarında daha yüksek, depresyon değerlerinin de daha düşük olduğu araştırma bulgularınca tespit edilmiştir.

Araştırmada oluşturulan gruplarda Grup Terapisi, Gevşeme Egzersizleri ile birlikte ele alındığından bu iki grubun tedavide birbirine üstün olup olmadığı araştırılmamıştır. KİSH tedavilerinin etkinliği hakkında daha kapsamlı araştırma yapılması adına bu konu ile ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Yapılan araştırmada alınan örneklem grubunda KİSH'ından Fibromiyalji, karpal tunel, hemipleji, boyun, omuz, bel, diz hastaları yer almaktadır. Seçilen örneklem grubunda hastalık gruplarını oluşturan hastalar eşit olarak yer almadığından, çıkan sonuçlar KİSH'nın ortak sonuçları olarak anılmıştır. KİSH içerisinde yer alan her bir hastalık türüne özgü depresyon ve SF-36 skorları değerlendirilmemiştir. Yalnızca Fibromiyalji hastaları için ayrı bir değerlendirme söz konusudur. Literatürde rastlanılan bazı çalışmalar KİSH olarak, birçoğu da hastalık türü olarak araştırılmıştır.

KİSH hakkında tedavi yaklaşımlarının hangi hastalık grubunda daha etkin olduğunu bulmak için birçok araştırmada olduğu gibi tek hastalık üzerinde çalışılması grubun homojenliği açısından önemlidir. Bu konuda yapılacak daha

kapsamlı çalışmalar, belli hastalık grupları üzerinde, belli tedavi modelleri ile yapılırsa konuya daha çok açıklık sağlayacaktır.

Sonuç olarak bu çalışmada, KİSH'nın çalışma yaşamına ve topluma verdiği sıkıntılar göz önüne alındığında, klasik tedavi yöntemlerine ek olarak farklı tedavi yaklaşımlarının, hastaların yaşam kalitesine olumlu etkisinin olacağı vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR

Akyol A.D. (1992)Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.;9;2:75-80

Akyol A.D. (1992)Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.;9;3:71-75

Akı S., (2000) Lumbar Vertebral Kolonun Fonksiyonel Anatomisi. Ağrı.(Ed.) Erdine S., Nobel Kitapevi.İstanbul.:328-337

Amerikan Psikiyatri Birliği:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM_IV)Amerikan Psikiyatri Birliği,Washington DC,1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği ,Ankara,1994

Aydın R.,(1998) Kronik Bel Ağrısında Tedavi, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1.(1)

Aytar A.,(2007) Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri, Yayımlanmış Uzmanlık Tezi,T.C.Başkent Üniversitesi Sağlık Birimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı

Akkuş S.,Koşar A.(1998) Fibromiyalji Tanısı Konan 220 Vakanın Klinik Özellikleri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1.(1)

Arasıl T.,& Hepgüler S.,(Ed.)(2009) The Netter Collection Of Medical Illustrations.Kas İskelet Sistemi Travma, Değerlendirme ve Tedavi.Ankara:Güneş Kitapevi.565-575

Birol L.(1997)Hemşirelik Süreci. İzmir :Etki Matbaacılık Ltd.,

Beck AT, (1979) Rush AJ,Shaw BF,Emery G.An inventory for measuring depression.Arch Gen Psychiatr,1979: 4: 561-571

Bilgici A., Akdeniz O., Güz H.,Ulusoy H., (2005),Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolü. Eğitim. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.51(3):98-102

Batur, S.,(1999).Kronik Ağrı Sendromu. Okyavuz Ü.H.,(Editör), Sağlık Psikolojisi (176-178).Ankara:Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Bağış S.,(2008) Fibromiyaljide Klinik Bulgular ve Tanı – Eğitim. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.54.(1):4-11

Biçer A., Yazıcı A, Yazıcı K., Tot Ş., Erdoğan C.(2004) Kronik Mekanik Bel ve Boyun Ağrılı Hastaların Özürüllük, Anksiyete ve Depresyon Açısından Karşılaştırılması Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.50. (2)

Batlaş A., Batlaş Z.(2000). Stres ve Başa Çıkma Yolları.Remzi Kitabevi,İstanbul,133-199

Baykal, Z.(2008)Bel Ağrısı Olan Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi,T.C.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Babadağ K. Hemşirelik felsefesi ve ahlak.Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi 1996;1(1):23-27.

Berker E.(1998) Bel Ağrılarında Epidemiyoloji ve Risk. Faktörleri Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1.(1)

Brodie DJ, Brunett JV, Walker JM, Lydes RD: (1990) Evaluation of low back pain by patient questionnaire and therapist assessment JOSP; 11: 11-13.

Çalıyurt O.,(2007)İnmeli hastalarda Psikiatrik Sorunlar. Faktörleri Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.53 Özel Sayı:16-18

Cohen, A.I.,Gjessing, C.C Finci I.J., Bernard B.P., McGlothlin, J.D., (1997) elements of Ergonomics(a Primer Based on Workplace Evalotions of Musculoskeletal Disorders), NIOSH, March, USA)

Çeliker,R.(2005).Kronik ağrı sendromları.Türk Fiz Tıp Rehab Derg.51:14-18

Delisa, J.A.,& Gans M.B.,(Ed.).(2007).Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar.Ankara: Öncü Basım Evi

Doksat K.(1999). Ağrı ve Psikiatri Dünyası; 1;23-31

Dalkılınç, M.(2001)İşyerinde Koruyucu Fizyoterapi ve Ergonomik Yaklaşımların Etkinliği.T.C. Hacettepe Üniversitesi

Demir H., Çalış M.(2004)Miyofasiyal Ağrı Sendromu-Derleme Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.50.(6)

Deyo R A., Walsh NE, Martin DC, et al., (1990) A Controlled trial of transcutaneous electrical nerve stimulation(TENS) and exercise for cronic low back pain. N. Eng. J. Med.322:1627-1634.

Ekim A.,Çolak E.,(2008) Karpal Tünel Sendromunda Ultrason Tedavisi: Plasebo Kontrollü Bir Çalışma Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.54:96-101

Erçalık,C. (2005).Fibromiyalji Sendromunda Bilişsel Davranış Tedavisi ve Tens Tedavilerinin Etkinliği , Yayınlanmış Uzmanlık Tezi , T.C.Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Ersoy M.A.(2004). <http://www.terapistim.com/kitap/Grupterapisi.html> Erişim tarihi10.04.2010

Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders. Erişim Tarihi:15.01.2010

<http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/draft/index.html>

Fergane, Ö.(2006)İstanbul'da Özel Bir Kuruluşta Çalışanlarda Kas İskelet Sistemi Yakınmalarının Sıklığı İle Bilgisayarla Çalışma Ortamının Ergonomik Koşulları ve Bilgisayar Kullanımı İlişkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı.

Guyattg.,Feenz,D.,Patrick,D.(1993)Measuring health related quality of life.Ann Inter Med.118:622-629.

Goldfried, M.R.,& Trier,C.S.(1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. Journal of Abnormal Psychology,83,348-355.

Güner, A.(2009) <http://asumanguner.com/?p=133> Erişim Tarihi:18.01.2010

Güler Ç.,(2004) İşle İlgili kas-İskelet sistemi hastalıkları ve birikimsel zedelenmelerin önlenmesi, Sağlık Boyutuyla Hekim ve Mühendisler için.Ankara.288-227

Gündüz Ş.,(2003)Fiziksel Tıp ve Rehabiliyasyonun Yarını. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.49.(3)

Hagnell O., Lanke J, Rorsman B, Ojeajo L. ,(1982) Are are we entering an age of melankoholy depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years,the Lundbye Study Sweden. Psychol Med,;12:279-289

Hisli N., (1989)Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Örgencileri için Geçerliliği,Güvenirliliği.Psikoloji Dergisi,7:3-13

Hawley DC, Wolfe F.(1991). Pain.disability, and Pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: A study of 1,522patients.j Rheumatol 18: 1552-1557

Jacobson E.,Gessel AH.(1989).The Founder of Scientific Relaxation , International Journal of Psychosomatics;36(1-4);1-7

Ketenci A, Özcan E, (2002)Mekanik Bel Ağrılarında Özellikler.Bel Ağrısı tanı ve Tedavi.Ed:Özcan E, Ketenci A, Nobel Kitapevi İstanbul;73-89.

Kuzeyli Y.Y.,(2005) Fadiloğlu Ç., Diyaliz hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi: 21(1):33-45

Kim DS., Lee GJ.,(1992). The Effect of muscle Relaxation Training On patients With İnsomnia Complaints.Kanho Hahhoe Chi.Aug 19(2)191-202

Kuran B., Özgüzel M, Çağlar N, Alpay K, Gülşen G,Boneval F. ,(1994) Fibromiyalji sendromunda Tizanidite ve ultrason tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.18:1:29-33. Erişim Tarihi: 01.04.2010

Küçükdeveci, A.A.(2005).Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi.Türk Fiz Derg. 51:223-229.

Külcü D.G.,Demirel G.G.,(2009) Fibromiyalji Sendromlu Bir Grup Hastada Fizik Tedavi Programının Uykusuzluk Şiddeti Üzerine Etkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.55.(2):64-7

Koyuncu H.(2007) Sırt Ağrılarında Tedavi Kılavuzları – Eğitim. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.53.Özel sayı 2:41-6

Karakoç M., Gür A., Nas K., Çevik R., Erdoğan F., Saraç A.J., Coşut S.(2001). Fibromiyaljili Hastalarda Amitriptilin ve Lazer Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.47.(3)

KİSH ilgili Avrupa Mevzuatı. Erişim Tarihi: 15.01.2010
http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/publications/oshayayin/cv_kasiskeletmucadele.pdf

Kılıan, T.S., Turner, J., Cain, R.(2005). Depressive symptoms of care giving women in midlife : role of physical health. J Women Aging. 17(1-2):115-127.

Kavuncu V.(1998)Romatoid Artrit Etyopatogenezi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1.(2)

Kılıç AM.,(1999) Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda TENS ve Egzersiz Tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri

Koçyiğit, H., Aydemir Ö., Fişek , G.(1999) Kısa form-36 (KF-36)nın Türkçe versionunun güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma.İlaç ve Tedavi Dergisi.12:102-106

Lerman C.,River B, et all(1990).Effect of Coping Style and Relaxation on cancer Chemotherapy Side Effects and Emotional Responses.cancer Nursing 13(5):308-315.

Menekşe Kılıç,G.(2005).Sağlık Personelinin Kas İskelet Sistemi Bozukluklarına Karşı Aldıkları Koruyucu Önlemlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi,Yayımlanmış Uzmanlık Tezi,T.C.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Musculoskeletal Disorders. Erişim Tarihi:11.12.2009

<http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal/>

Müslümanoğlu L.,(1998) Bel Ağrılı Hastalarda Egzersiz. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1(1)

Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S.,(2006) Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 52(1):19-21

Nouwen, A., Solinger, J.(1979). The effectiveness of EMG biofeedback in low back pain. Biofeedback and Self Regulation, 4, 103-112.

Nurseti H., Safati B., Güneri S., Durmaz B., Akşit R.,Primer(1995) Fibromiyalji Tedavisinde akupunktur ve TENS in yeri. Ege Fiz Tıp Reh Der. 1(3):175-178

Özkan S.,(1998) Bel Ağrısı Duygu Durumu Psikososyal ortam İlişkisi.Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.1(1)

Öner N.,(1997) .Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler; Bir Başvuru Kaynağı.3. Baskı. İstanbul.Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.

Öksüz,Ç.(2003).Fizyoterapistlerde Kas İskelet Sistemi İle İlgili Fonksiyonel Çalışma Kapasitesinin İncelenmesi,Yayımlanmış Uzmanlık Tezi,T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özcan E., (2002)İşe bağlı bel ağrısı.Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi.Ed:Özcan E, Ketenci A,Nobel Kitabevi,İstanbul,2002;303-314.

Özcan E., (2005) İşe Bağlı Kas İskelet Hastalıklarından Korunma ve Ergonomi, 3. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, 29-30 Nisan, Adana

Riihimaki, H. & Juntura, E.V.,(2009).Musculoskeletal System. Stellman JM Editör Encyclopadia of occupational health and safety .(6.30).Geneva. International Labour Office

Rohe, D.E.,(2007). Rehabilitasyonun Psikolojik Yönleri. Delisa, J.A.,& Gans M.B.,(Ed.). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar.(1005). Ankara. Öncü Basım Evi.

Relaxation Exercises,(2006), Erişim Tarihi: 04.04.2008
<http://www.patient.co.uk/showdoc/27000363>

Sevimli,D.(2007)Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Farklı Egzersiz Uygulamalarının Fiziksel ve Psikolojik Parametreler Üzerine Etkisi.T.C.Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Sivas F.A., Başkan M.B., Aktekin A.L., ÇınarN.K. YurdakulF.G., Özoran K.(2009) Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.55:8-12

Salt Peker, D.(2007)Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşama Kalitesi,Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı İle İlişkisi.T.C.Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Şar C., (2002) Lomber Omurganın Biomekanik özellikleri.Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi.Ed.Özcan E. Ketenci A.Nobel Kitapevi.İstanbul 21-45

Taşçı,S.(1998).Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri.T.C.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tan O.İş Kazalarının İşverene Maliyeti ve Hesaplama Yöntemleri.
<http://oktaytan.net/isverenemaliyeti.pdf>

Tüzün(2004) E.H., Albayrak G., Eker L., Sozay S., Daskapan A., A Comparison study of Quality of Life in Women fibromiyalgiya & myofasial pain syndrome disability & rehabilitaion.26(4):198-202

Tulsky, D.S., & Chiaravalloti N.D.,(2007). Rehabilitasyon Tıbbında Yaşam Kalitesi Ölçütleri. Delisa, J.A.,& Gans M.B.,(Ed.). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar.(1193-1197). Ankara. Öncü Basım Evi.

Tekeoğlu İ., Güçlü E., Sayın R.,Beşiroğlu L., Yazmalar L., (2008), Karpal Tune Sendromunda Uyku Kalitesi ile Depresyon ve Anksiyete Bulguları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.54:102-6

Uzunca K., Vardar E., Demirbağ D., Kokino S.,(2003) Ayaktan Tedavi Gören Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.49.(2)

Uslu Turan. Erişim Trarihi:01.12.2009<http://www.turanuslu.com/2008/05/07/fizik-tedavide-kullanilan-bazi-cihazlar/#more-154> Erişim

Wolff, S.L., Nacht, M. & Kelly, J.L.(1982).EMG feedback training during dynamic movement for low back pain patients. Behavioral Therapy, 13, 395-406.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis and Rheum;33:160-71.

Wolfe, A.D., Akesson,K.,(2001)Understanding the burden of musculoskeletal conditions . B MJ. 322 1079-1080

Ware JE Sherbourne CD.(1992) The MOS 36-İtem Short-Form Health survey (SF-36) I.Conceptual framework and item selection. Med Care;30:473-483.

Wolden, G., Tetik, S. Özaras N.(2003) Farklı Etiyolojilere bağlı Kronik Ağrıda Ağrıyla İlişkili Sakatlık ve Depresyon.Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.49(2):8-12

Van Deusen, J.,Brunt, D.,(1997). Assesment in Occupational therapy and Physical therapy. WB.USA: Saunders Company. P:123-133.

Winjhoven, H.A.H., VET, H.C.W.,Picavet, S.J.(2006). Prevalence of musculoskeletal disorders is sistematically higher in women than in men. Clin J Pain.22(8):717-724.

Vanee Vines.(2001)Some Jobs Increase Risk for Musculoskeletal Disorders. Nacionaal Acedemy Press.Erişim Tarihi: 01.12.2009

<http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=10032>

Weissman MM., Klerman GL.,(1980) Psychiatric Nosology and Midtown Manhattan Study. Arsh Gen Psychiatry 37:229-230.

Work Related Musculoskeletal Disorders. Erişim Tarihi:12.12.2009

www.cdc.gov/niosh/docs/wp-solutions/2006-148/

Yaman,E.(2004)Bilgisayar Kullanıcılarında Farklı Koruyucu Fizyoterapi Yaklaşımlarının Etkinliğinin İncelenmesi.T.C.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yunus MB, İnanıcı F. (2002) Fibromyalgia Syndrome: clinical features, diagnosis, and biopathophysiologic mechanisms. In: Rachlin ES, Rachlin IS, editors. Myofascial pain and fibromyalgia. New York: Mosby;. 3-32.

Yıldız M., Tuna H., Kokino S., (2005),Kronik Boyun Ağrılı Olgularda Spinal Mobilite, Ağrı ve Özürlülük İlişkisinin Değerlendirilmesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.:51:4

Yalom, I.,(1999) Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği.İstanbul:Kabalıcı Yayınevi

ÖZGEÇMİŞ

Dilek Kılıç, 1974 yılında Malatya / Arguvan'da doğdu. İlk orta ve lise eğitimini İstanbul da tamamladı. 1991 yılında İstanbul da Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Lisans bölümüne girdi. 1996 yılında mezun oldu. 1998 yılında Amerika da UCSB (University of California Santa Barbara) üniversitesinde Extensive English Programını tamamladı.

1999-2005 yılları arasında İş Bankası Aş.'de MT olarak görev yaptı. 2005-2010 yılları arasında Özel bir hastanede Sağlık Direktörü olarak görev yaptı. 2006-2009 yılları arasında Gestalt Terapi Eğitimi aldı. 2009-2010 yılında Kognitif Terapi eğitimi aldı. 2007-2010 yılları arasında T.C. Maltepe Üniversitesi Endüstri Psikolojisi Yüksek Lisans programında öğrenim gördü.

Dilek Kılıç bekar, bir çocuk annesi olup iyi derecede İngilizce bilmektedir.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

Adı Soyadı : Yaşı :

- 1) a- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
b- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
c- Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
d- O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) a- Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
b- Gelecek hakkında karamsarım.
c- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d- Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
- 3) a- Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
b- Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
c- Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
d- Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4) a- Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
b- Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
c- Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
d- Herşeyden sıkılıyorum.

- 5) a- Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
b- Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
c- Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
d- Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) a- Kendimden memnunum.
b- Kendi kendimden pek memnun değilim.
c- Kendime çok kızıyorum.
d- Kendimden nefret ediyorum.
- 7) a- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
b- Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
c- Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
d- Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8) a- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b- Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
c- Kendimi öldürmek isterdim.
d- Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9) a- Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
b- Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
c- Çoğu zaman ağlıyorum.
d- Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 10) a- Şimdi her zaman olduğumdan sınırlı değilim.
b- Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
c- Şimdi hep sinirliyim.
d- Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 11) a- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
b- Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
c- Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
d- Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12) a- Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
b- Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
c- Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
d- Artık hiç karar veremiyorum.
- 13) a- Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
b- Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
c- Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
d- Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14) a- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b- Birşeyler yapamak için gayret göstermem gerekiyor.
c- Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
d- Hiçbir şey yapamıyorum.

- 15) a- Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
b- Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
c- Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
d- Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- 16) a- Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
b- Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
c- Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
d- Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 17) a- İştahım her zamanki gibi
b- İştahım eskisi kadar iyi değil
c-İştahım çok azaldı.
d-Artık hiç iştahım yok.

- 18) a-Son zamanlarda kilo vermedim.
b- İki kilodan fazla kilo verdim.
c- Dört kilodan fazla kilo verdim.
d- Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 19) a- Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
b- Ağrı,sancı,mide bozukluğu, kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
c- Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
d- Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20) a- Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

b- Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

c- Cinsel konularda Şimdi çok daha az ilgiliyim.

d- Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21) a-Bana cezalandırılmıŐım gibi gelmiyor.

b- Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

c- Cezalandırılmayı bekliyorum.

d- Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Genel Toplam Puan:

EK 1 (ANKET BİLGİ FORMU)

ADI SOYADI:

CİNSİYET:

Kadın	Erkek
-------	-------

YAŞ:

EĞİTİM DURUMU:

İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans
---------	----------	------	------------	---------------

MEDENİ HAL:

Evli	Bekar	Dul
------	-------	-----

ÇOCUK SAYISI:

ÇALIŞMA DURUMU:

Çalışan	Emekli
---------	--------

ÇALIŞIYOR İSE ; İŞİNDEN MEMNUN MU?:

Evet	Hayır
------	-------

HASTALIK TÜRÜ:

Bel	Boyun	Diz	El	Fibromiyalji	Hemipleji	Omuz
-----	-------	-----	----	--------------	-----------	------

Ek 4

Değerli Katılımcı;

Kas İskelet Sistem Hastalıklarına Karşı Farklı Terapi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkinliği araştırma konulu bu program, T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıştır. Tüm verilerin toplanmasında ve katılımda gönüllülük ilkesi öncelikli olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve işbirliğine şimdiden teşekkürlerimizi sunarız.

Dilek Kılıç

T.C.Maltepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

KISA FORM SF-36

Hasta adı soyadı:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştırdığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığımız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet,oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) oğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	çoğunluk la doğru	Bilmiyorm	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					



01.04.2008, İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Endüstri ve Örgüt Psikolojisi Programında Yüksek lisans Öğrencisi olan Dilek Kılıç'ın, Kas İskelet Sistem Hastalıklarına Karşı Farklı Terapi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliği, konulu Yüksek Lisans tezini Fizik Tedavi Merkezimizde yapabilmesine yönetim kurulunca izin verilmiştir.

Atafiz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dal Merkezi

ATAFİZ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
SAĞLIK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKET
Ataşehir Mh/ Karahan Çiftlik Yolu No:10
Küçükbakkalköy - KADIKÖY / İSTANBUL
Ticaret Sicil No 604735/652317 Sarıgazi V.D. 083 027 0296

K.Bakkalköy Karaman Çiftlik Yolu
Nil Sok. No: 10 Kat: 2 Ataşehir
Kadıköy / İSTANBUL
Tel: (0216) 575 9 444 Pbx
Fax: (0216) 575 61 16
www.atafiz.com