

Kronik Ağrı Sendromları

Chronic Pain Syndromes

Reyhan ÇELİKER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Özet

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. Kronik ağrı sendromunda ağrı ve ağrı davranışları primer hastalık olarak kabul edilir. Kronik ağrı sendromu sık görülen ve tedaviye zayıf yanıt alınan bir problemdir.

Kronik ağrı sendromunun patofizyolojisi kompleks ve multifaktoriyeldir. Her yıl milyonlarca insanda kronik ağrı nedeniyle total veya parsiyel dizabilite gelişir. Kronik ağrı sendromunun 6 D belirtisi, ilaç bağımlılığı, fonksiyonel kayıp, kullanmamaya bağlı kuvvet kaybı, depresyon, dizabilite ve uyku bozukluğudur.

Kas-iskelet sisteminin detaylı muayenesi önemlidir. Kronik ağrılı hastanın değerlendirilmesinde ağrı ölçümlerinden yararlanılır. Psikolojik ve fonksiyonel değerlendirmeye yer verilmelidir. Dizabilite genellikle objektif bulgular ve yetersizlik ile uyumlu değildir. Kronik ağrı sendromunda tanınan testlerin seçiminde çok dikkatli olunmalı, böylece gereksiz tekrarlardan kaçınılmalıdır.

Kronik ağrı sendromu tedavisi komplekstir ve en iyi multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilir. Hasta ve ailesi kronik ağrının multifaktoriyel özelliği konusunda eğitilmelidir. Tedavinin hedefleri gerçekçi olmalı ve normal fonksiyonların restore edilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, ilaç kullanımının azaltılması ve kronik semptomların tekrarının önlenmesi üzerine odaklanmalıdır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(Özel Ek B):B14-B18*

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı, tanım, sınıflama, değerlendirme

Summary

Pain is one of the most common complaints that leads patients to seek medical care. Pain that persists longer than the reasonable expected healing time for the involved tissues should be considered chronic pain. Pain and pain behaviours are accepted as the primary disease in chronic pain syndrome. Chronic pain syndrome is a common problem with a poor response to therapy.

The pathophysiology of chronic pain syndrome is multifactorial and complex. Millions of people are disabled partially or totally due to chronic pain every year. Six D symptoms of chronic pain syndrome are as follows: drug abuse, decreased function, disuse, depression, disability and disturbed sleep.

Detailed examination of the musculoskeletal system is important. Pain measurement is useful when evaluating any patient with chronic pain. A psychological and functional evaluation should be performed. The disability is usually out of proportion to the impairment and the objective findings. Extreme care should be undertaken during diagnostic testing for chronic pain syndrome to eliminate unnecessary repetition.

Management of chronic pain syndrome is complex and managed best with a multidisciplinary approach. The patient and family should have a good understanding about the multifactorial nature of chronic pain. The goals of treatment must be realistic and should be focused on restoration of normal function, better quality of life, reduction of use of medication, and prevention of relapse of chronic symptoms. *Turk J Phys Med Rehab 2005;51(Suppl B):B14-B18*

Key Words: Chronic pain, definition, classification, evaluation

Uluslar Arası Ağrı Çalışmaları Birliği (IASP) ağrıyı gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, hoş olmayan duysal ve emosyonel deneyim olarak tanımlamaktadır. Bu tanım ile ağrının ne kadar kompleks bir olaylar zinciri olduğu ifade edilmektedir. Ağrı yalnızca bir duyuya değil aynı zamanda bu duyuya karşı oluşan emosyonel reaksiyondur. Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir

ve her kişi için özeldir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel ve çevresel boyutları olan karmaşık bir duyumdur. Çocukluk çağından itibaren yaşanan deneyimler ile öğrenilir. Ağrıya karşı oluşan reaksiyon değişkendir. Kişilik özellikleri, duygu durumu, etnik alt yapısı, geçmiş deneyimleri, ağrı ile başa çıkma becerisi ve ailenin tutumu gibi faktörler ile belirlenir (1,2).

Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı sınıflaması henüz ideale ulaşmamıştır. Ağrı nörofizyolojik özelliklerine göre sınıflandırıldığında nosiseptif, nöropatik ve psikojenik ağrı olarak incelenmektedir. Nosiseptif ağrının somatik ve visseral, nöropatik ağrının ise santral ve periferik ağrı alt grupları vardır (1-4).

Somatik bir yapının ağrı kaynağı olması için inerve olması gereklidir. Somatik ağrı sinir uçlarının mekanik veya kimyasal iritasyon ile stimule olması, konnektif dokuda kronik gerilme oluşturan patolojik proses veya inerve yapıların inflamasyonu nedeniyle oluşur. Visseral ağrı içi boş organların distansiyonu ile oluşur.

Nöropatik ağrı nörojenik dokulardaki histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim nedeniyle meydana gelir, santral ve periferik kaynaklı olabilir. Spinal kord lezyonu veya dorsal kök ganglion lezyonu çeşitli deaferentasyon ağrı sendromlarına yol açar ve duyu kaybı olan bölgede ağrı hissedilir. Talamik infarkt santral ağrıya neden olabilir. Postherpetik nöralji dorsal kök ganglionu veya dorsal boynuzda inflamasyon nedeniyle nöropatik ağrıya yol açar. Diabet, alkolizm, amiloidozis ve hipotiroidide metabolik değişiklik nedeniyle ağrılı periferik nöropati görülür (3,4). Psikojenik ağrı ise ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur. Genellikle hastanın farkında olmadığı bir emosyonel sorun veya stres vardır (1-4).

Ağrı süresine göre sınıflandırıldığında ise akut, kronik ve rekürren ağrı olarak ayrılmaktadır. Akut ağrı doku hasarı ile ilişkili olarak oluşur ve iyileşme sürecine uyumlu olarak ortadan kalkar. Kronik ağrı ise beklenenden daha uzun süre veya iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıdır. Bu süre farklı kaynaklarda 3 veya 6 ay olarak tanımlanmaktadır (1,2). Romatoid artrit gibi ağrı devam eden patolojiye bağlı oluşuyorsa bu uzamış akut ağrı olarak kabul edilir. Ağrı uzun süre devam ettiğinde kişi fizyolojik ve davranışsal adaptasyon geliştirir. Ağrının iki parametresi vardır; patoloji ve süre. Bu bakış açısından bakıldığında kısa süreli ve belirgin fiziksel patoloji olan durumlarda akut ağrı, düşük fiziksel patoloji ve uzun süreli durumlarda kronik ağrı söz konusudur (2).

Kronik ağrı öğrenilmiş bir davranıştır. Multipl faktör tarafından güçlendirilir. Organik faktörlerle oluşan bedensel deneyim, psikolojik faktörlerle oluşan zihinsel deneyim ve çevresel faktörlerle oluşan sosyal deneyimin rolü vardır. Erken yaşamdaki olumsuz deneyimler, fizyolojik ve psikolojik travmalar etkendir. Çevresel faktörler ağrı davranışını teşvik eder (3).

Ağrı deneyiminin üç boyutu tanımlanmıştır. Duyusal boyut ağrının fiziksel komponentidir ve akut ağrının en önemli bölümünü oluşturur. Bilişsel boyut ağrının algılanması ve verilen önem ile ilişkilidir. Ağrı ile başedebilme bu boyut ile ilgilidir. Hissi boyut ise kişinin duygu durumu ile ilişkilidir. Kronik ağrıda bilişsel ve hissi boyutlar daha ön plana geçmiştir (5).

Kronik Ağrı Sendromu

Kronik ağrı yaklaşım ve tedavi açısından kompleks bir tablodur. Kronik ağrı sendromunda ağrı ve ağrı davranışları devam eden doku hasarına bağlı bir semptom olmaktan çok bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrı ve kronik ağrı sendromları farklı özelliklere sahiptir. Kronik ağrıda süregelen bir hastalığa veya doku hasarına uyumlu fonksiyon ve davranış değişiklikleri vardır. Kronik ağrı sendromunda ise devam eden ağrıya karşı yanlış adaptasyon paternleri geliştirilmiştir ve subjek-

tif ağrı ve davranış değişiklikleri objektif doku hasarından sonra da devam eder. Kronik ağrılı hastaların tümünde kronik ağrı sendromu yoktur. Bir grup hasta ağrıya rağmen yaşama bağlıdır, çalısır ve ağrı ile başeder.

Kronik ağrı sendromu olan hastalarda bazı ortak özelliklerden söz edilmektedir. Bu hastalarda ağrı yakınmaları dramatikdir, hasta inaktiftir, postürü kötüdür, ilaçlarını aşırı ve yanlış kullanmaktadır, korse, boyunluk ve yürümeye yardımcı cihazların gereksiz kullanımı dikkati çekmektedir, sağlık kuruluşları ve aileye bağımlılık gelişmiştir ve tanımlanan patoloji veya özürün ötesinde bir engellilik vardır. Kronik ağrı sendromunda esas neden genellikle siliktir, girişimlere bağlı komplikasyonlar, ilaç bağımlılığı, inaktivite ve psikososyal davranış değişiklikleri ön plandadır (3,5). Kronik ağrılı bir hastada kronik ağrı sendromu gelişmesinde bazı predispozan faktörlerin rolü vardır. Geçmişte anksiyete, panik atak veya depresyon olması veya işsizlik, madde bağımlılığı olması, birden fazla tıbbi sorun olması, eğitim düzeyinin düşük olması, hastanın daha önceki tedavilere yanıt vermemiş olması, fiziksel bulguların belirtilerle uyumsuz olması bu faktörler arasında sayılabilir (5).

Ağrı kavramı 4 basamakta incelenebilir. Birinci basamak mekanik, termal veya kimyasal uyarı ile doku hasarı olması ve bunun sinir sistemine iletilmesidir. İkinci basamak santral sinir sisteminde uyarının algılanmasıdır. Üçüncü basamak psikolojik faktörlerin tabloya eşlik ettiği aşamadır. Dördüncü basamakta ise ağrı davranışları tablonun bir parçası olur (6).

Brena ise kronik ağrı sendromunun özelliklerini 5D belirtisi olarak özetlemiştir. Buna göre 1. D ilaç bağımlılığı (drug abuse), 2. D fonksiyonel kayıp (decreased function), 3. D kullanılmaya bağlı kuvvet ve dayanıklılık kaybı (disuse), 4. D depresyon ve duygu durum bozuklukları (depression), 5. D ise günlük yaşam aktivitelerinde zorluk ve iş gücü kaybıdır (disability). Daha sonraki yıllarda buna uyku bozukluğu (disturbed sleep) olan 6. D belirtisi ilave edilmiştir (5). Kronik ağrı sendromunun tanınmamasının iki önemli tehlikesi vardır; gereksiz cerrahi ve ilaç bağımlılığı.

Kronik Ağrı Epidemiyolojisi

Kronik ağrı sıklığını araştıran çalışmalar ile olayın ciddiyeti ortaya konmaktadır. Ağrı hastayı hekime götüren ikinci en sık yakınmadır. Birinci neden üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Her yıl milyonlarca insanı etkileyen kronik ağrı en sık dizabilite nedenidir ve yaşam kalitesini bozan en önemli sebeptir (6,7). Akut ağrının en sık sebebi baş ve alt ekstremité ağrıları, kronik ağrının en sık sebebi bel ağrısıdır (8). Bel ağrısı 45 yaşın altında en önemli dizabilite nedenidir. Yaşlılarda en önemli neden ise artritler ve myofasial ağrıdır (9). Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Asya, Avrupa, Afrika ve Amerika'da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yaptığı çalışmada kronik ağrı sıklığı %21,5 olarak bulunmuştur (10). Gelişmiş toplumlarda populasyonun %15-20'sinde akut, %25-30'unda kronik ağrı bildirilmektedir (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde her üç kişiden birinde kronik ağrı sendromu olduğu ve bunların yarısında geçici veya kalıcı dizabilite geliştiği bildirilmiştir (3). İsveç'te yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise kronik ağrı prevalansı %54 bulunmuştur (11). Bel ağrısı en önemli iş günü kaybı nedenidir. Bel ağrısı yıllık insidansı %5, yaşam boyu risk ise %60-85'dir (6). Baş ağrısı insidansı daha fazladır, ancak tıbbi harcamalar bel ağrısında daha yüksektir.

Kronik Ağrı Mekanizmaları

Kronik ağrı oluşumunda biyomedikal ve biyopsikososyal model üzerinde durulmaktadır. Modern tıp holistik-bütüncül yakla-

şımı benimsemekte ve ağrının psikolojik, sosyal ve kültürel boyutu olduğunu vurgulamaktadır (6). Biyomedikal mekanizmalar ilk kez Descartes tarafından öne sürülmüştür ve bugünkü teorilerin başlangıç noktasıdır. Biyomedikal mekanizmaların birinci basamağı santral sensitizasyondur. Santral sensitizasyon periferel uyaranlara karşı santral sinir sisteminde nöronal hiperekstibilite oluşmasıdır. İkinci basamak desendan inhibitör kontrolün azalması veya inhibisyonudur. Bunu otonom sinir sistemi değişiklikleri, nörotransmitter değişiklikleri ve stres yanıtı izler. Ortak patofizyolojik mekanizma olarak santral sensitizasyona bağlanan bir grup sendroma santral sensitivite sendromları denir. Fibromiyalji sendromu, kronik yorgunluk sendromu, miyofasyal ağrı sendromu, gerilim tipi baş ağrısı, migren, huzursuz bacak sendromu, iritabl barsak sendromu, temporomandibuler ağrı ve primer dismenore bu grupta incelenen hastalıklardandır (12).

Fiziksel patoloji olmadığı durumlarda ağrı olması veya fiziksel patoloji olduğu halde hastanın ağrı hissetmemesi kronik ağrının sadece biyomedikal model ile açıklanamayacağını kanıtıdır. Biyopsikososyal model de bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörlerden söz edilmektedir. Bu modelde ağrının biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları aynı derecede önemli kabul edilmektedir (13,14).

Bilişsel faktörler: Hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile başme yetileri, sosyal destekleri, hastalıkları, sağlık güvenceleri, hatta işverenlerin yaklaşımı hastanın ağrı kontrolü üzerinde etkilidir (13). Algılama hataları pesimistik düşüncelere yol açar. Felaket düşünceleri kronik ağrı sürecini olumsuz etkiler. Katastrofik düşünce bel ağrısının kronikleşmesinde en önemli belirleyicidir. Diğer klinik belirtilerden 7 kat etkili olduğu bildirilmiştir (15,16). Hastanın ağrıyı yansıtmaya biçimi hekimin daha potent ilaçlar vermesine, ilave tetkik istemesine ve daha agresif tedavilere geçmesine neden olur.

Emosyonel faktörler: Ağrı-psikolojik durum ilişkisi iki yönlüdür. Kronik ağrının algılanmasında psikolojik faktörlerin rolü biliniyor, ancak ağrının da kişinin psikolojik durumu üzerine olumsuz etkisi olduğu unutulmamalıdır. Kronik ağrıda en sık depresif belirtiler görülür. %30-87 oranında bildirilmiştir. Ayrıca anksiyete, çaresizlik, kızgınlık, saldırganlık, ümitsizlik olabilir. Deprese bireylerde ise ağrı ön plana çıkabilir. Ağrının başlangıcında depresyon varlığı kronikleşme için önemli bir ön belirleyicidir (14,16,17). Bizim kliniğimizde yaptığımız bir çalışmada (18) 6 aydan uzun süre devam eden bel ağrısında depresif belirtiler %41,2 olarak bulunmuştur. Fibromiyalji sendromu olan kronik ağrılı hastalarda ise depresif belirtiler %35,9 bulunmuştur (19). Diğer çalışmalarımızda (20,21) ise farklı mekanizmaların rol oynadığı fibromiyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarında depresyon sıklığı benzer bulunmuş ve depresyonun yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkek fibromiyalji sendromlu hastalar depresif belirtiler açısından farklı bulunmamıştır (22).

Davranışsal faktörler: Kişinin ağrı deneyimi ile ilgili bilgiler hastanın sözel ifadelerinden ve davranış paternlerinden elde edilir. Çevrenin yanıtı ağrı davranışını destekler ve kalıcı hale gelmesine neden olur. Korku-kaçınma reaksiyonları da yanlış davranış paternlerine yol açar ve fonksiyonel limitasyon için en önemli parametredir (23). Ağrı davranışları verbal, motor, yardım arama ve fonksiyonel limitasyon şeklinde olabilir. İneleme, iç çekme, yakınma verbal ağrı davranışlarıdır. Yüzünü buruşturma, topallama, rijid veya stabil olmayan postür, aşırı yavaş hareket motor ağrı davranışlarına örnek olarak verilebilir. Sık ilaç alma, boyunluk, baston kullanma, sık doktor viziti gibi davranışlar yardım arama belirtileridir. Fonksiyonel limitasyon ise uzamış istirahat ve azalmış aktivite ile kendini gösterir (14,23,24). Hastanın çok ciddi, sakat bırakacak bir hastalığı olduğuna inanması,

aktivitenin tehlikeli olduğunu düşünmesi ve sorumluluklarını yerine getirmede ağrının geçerli bir mazeret olduğunu düşünmesi yanlış hareket paternleri geliştirmesine neden olur.

Cinsiyet faktörü: Ağrı sıklığı kadınlarda erkeklere oranla %10 fazla bulunmuştur (11). Migren, gerilim tipi baş ağrısı, fasyal ağrı ve abdominal ağrı ile yapılan populasyon çalışmalarında kadınlarda daha yüksek prevalans bildirilmektedir. Farklılık hormonal faktörler ile açıklanmaya çalışılır. Ağrı duyarlılığı kadınlarda fazladır ve kadınlar daha sık tıbbi yardım için başvururlar. Kadın ve erkeklerin işe dönüş yaklaşımları farklıdır. Erkekler daha erken işe döner, ancak daha sık işten ayrılırlar (25).

Etnik ve kültürel faktörler: Baş ağrısı Avrupa ve Amerika'da Asya ve Afrika'ya oranla daha yüksek prevalansa sahiptir. Afrikalı ve İspanyol kökenli Amerikalılarda beyazlara oranla ağrı şiddeti ve dizabilite daha sıktır. Sebep ağrıya karşı duyarlılık, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yetersiz tedavi olabilir (25,26).

Çevresel faktörler: Sosyal çevre ağrı yanıtının öğrenilmesinde önemli rol oynar. Ailesinde kronik ağrı hastası olanlarda ağrı davranışları öğrenilir. Kronik ağrı hasta ailesi üzerine de olumsuz etki gösterir. Sosyal ilişkilerde bozulma, iş kaybı, cinsel yaşam ve evlilik ilişkisinde uyumsuzluk olur. Bireyin aile içindeki rolü değişir ve hasta kimliğine bürünür. Aile içi çatışmalar başka bir stres faktörü olarak ortaya çıkar. Bel ağrısında sosyal sınıf, büyük kentte yaşamak, vasıfsız işçi olmak gibi faktörler etkili bulunmuştur (25).

Kronik Ağrılı Hastada Değerlendirme

Kronik ağrılı hastalar, profesyonel hastalar olarak da adlandırılırlar. Yakınmalarının uzun süreli olması nedeniyle bir çok branş hekimi tarafından görülmüş, çeşitli tanılarda yapılmış ve bir çok tedavi yaklaşımı denenmiş ancak yanıt alınamamıştır. Tüm bunlara karşın iyi bir öykü ve ayrıntılı bir nörolojik ve kas-iskelet sistemi muayenesi sonucunda ağrının kaynağı konusunda ipuçları yakalanabilir (27,28).

Ağrının ölçümü ve değerlendirilmesi kronik ağrılı hastanın tanı ve tedavisinde önemli bir basamaktır. Ağrının sadece şiddeti değil süresi, lokalizasyonu, somatosensoryel özellikleri ve eşlik eden emosyonel belirtiler de dikkate alınmalıdır. Ağrı ölçümlerinin düzenli aralıklar ile, tedavi öncesinde ve sonrasında, ayrıca tedavi değişikliklerinde uygulanması önerilir. Tek boyutlu yöntemler daha çok ağrının şiddeti ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılır. Sözel tanımlayıcılar gibi çok boyutlu ölçütler ise ağrının duyuşsal, emosyonel ve bilişsel özelliklerini de değerlendirir. Kronik ağrı ölçümü akuta oranla daha zordur, geçerli bir laboratuvar modeli yoktur. Kronik ağrıda, ağrı şiddeti ile uyarı miktarı arasında lineer bir ilişki gösterilememiştir. Kalp hızı, kan basıncı, kortikal uyarılmış potansiyeller gibi fizyolojik değişiklikler akut ağrı ölçümünde yararlı bulunmuştur ancak kronik ağrıdaki değeri konusunda yeterli veri yoktur (29). Kronik ağrı ölçümünde kullanılan ideal bir metod yoktur. Ağrının subjektif, fizyolojik ve davranışsal komponentlerini monitorize edecek metodlara gereksinim vardır (30).

Kronik ağrılı hastalarda fonksiyonel değerlendirmenin önemi büyüktür. Objektif ve kantitatif ölçümler tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve sonrasında yapılmalıdır. Hastanın fonksiyonel kapasitesi ile yetersizliği arasındaki uyum değerlendirilir. Çalışan bireylerin değerlendirilmesinde hastanın tıbbi yetersizliği, fonksiyonel limitasyonları ve iş kapasitesi tanımlanmalıdır. Hastanın işten kazancı ile işsizlik ödemeleri karşılaştırılır, işten memnuniyeti ve geri dönme olasılığı araştırılır (3,21). Kronik bel ağrısında yakınmalar nadiren objektif patoloji ile korelasyon gösterir.

Ağrının fiziksel olduğu kadar psikolojik bileşenleri de vardır. Hastanın emosyonel, bilişsel, davranışsal, sosyal ve mesleki faktörler açısından ele alınması gereklidir (27,28,31). Psikolojik değerlendirmenin başlıca amaçlarından biri ağrının hastanın fonksiyonları ve psikolojik durumu üzerindeki etkisini araştırmaktır. Hastaya ağrıya karşı psikolojik reaksiyon göstermenin normal bir tepki olduğu anlatılmalıdır. Aile bireyleri ile görüşerek ağrı davranışları, ilaç kullanma paternleri, fonksiyonel kayıpları ve duygu durumları konusunda bilgi alınır. İş ile ilgili sorunlar, sosyal yaşam, seksüel aktivite ve diğer insanlar ile ilişkiler sorgulanmalıdır (31-33). Kronik ağrılı hastaların sistemli değerlendirilmeleri sonucunda ağrıya depresyon, anksiyete, öfke, bilişsel bozukluk ve bazı kişilik özelliklerinin eşlik edebildiği ve çeşitli psikososyal ve sosyoekonomik olumsuz sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir. Kronik ağrı hastalarında en sık görülen psikiyatrik sorun depresyondur. Depresyonu olan hastalarda daha şiddetli ağrı rapor edilmektedir. Ağrı ve depresyon birlikteliği ortak nörokimyasal etyolojik mekanizmalar ile de açıklanmaktadır (34).

Kronik Ağrı Sendromuna Yaklaşım

Ağrı kronikleştikçe daha kompleks bir hale gelmekte ve tedaviye direnç gelişmektedir. Tedavi organik, psikiyatrik ve sosyal boyutları ile bir bütündür.

Kompleks bir problem olduğu için değerlendirme ve tedavide multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Tedavi planı öncelikle hastanın mobilizasyonunu, aktivite düzeyini, fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olmalıdır. Hastanın önceki aktivite, iş ve eğitim düzeyine uygun yeni bir hayata kavuşması hedeflenmelidir. Ağrının sürmesine neden olabilecek psikososyal stres etkenlerinin belirlenmesi ve hastanın bunların çözümü ile ilgili olarak desteklenmesi önemlidir. Kronik ağrısı olan hastaya ağrının kontrol edilebilir bir bulgu olduğu anlatılmalıdır. Kişiyi edilgen durumdan, ağrıyı kontrol etmede etkin konuma geçirmek, ağrı hakkındaki genel yargı ve düşüncelerini değiştirmesini sağlamak en önemli adımlardan birisidir. Uygun tedavi seçiminde ağrının özellikleri ve hastaya özgü gereksinimleri de dikkate alınmalıdır (3).

Öncelikle ağrının gerçek olduğu kabul edilmelidir. Gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılmalıdır, bunlar tedaviye yardımcı olmaz, ağrıyı pekiştirir. Gerçekçi hedefler konmalıdır. Amacımızın ağrıyı tedavi etmek değil onu kontrol altına almak ve fonksiyonel kapasiteyi arttırmak olduğu anlatılmalıdır. Hastanın fonksiyonel durumu değerlendirilmeli ve ağrıya rağmen iş ve ev aktivitelerini düzene sokması hedeflenmelidir. Hastanın yürüme, oturma, ayakta durma gibi fonksiyonlara olan fiziksel toleransı yavaş yavaş arttırılmalıdır. Hastaya ağrının yaşam kalitesini kısıtlamasına ve işini engellemesine izin vermemesi gerekliliği öğretilir. Multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Hastanın gereksinime göre değil, zamana bağlı ilaç alması önerilmelidir. Bu yolla ilaç kullanımının azaltılması hedeflenir. Normal uyku paterni sağlanmalı ve eşlik eden depresyon tedavi edilmelidir (3,5).

Erken mobilizasyon desteklenmeli ve ağrı korkusu nedeniyle kısıtlanmış olan fiziksel aktivite düzeyi arttırılmalıdır. Hastaların çoğunda ağrı korkusu nedeniyle aktivite kısıtlanmıştır ve kondüsyon bozukluğu vardır. Fiziksel aktivite düzeyi kademeli olarak arttırılmalı, hasta ve ailesi eğitilmelidir. Problem iyi anlaşıldığında başatması daha kolay olur. Hasta keyif alacağı aktivitelerle yönlendirilmelidir, böylece hasta hem fiziksel, hem mental olarak meşgul olur ve ağrıyı unuttur. Hasta ağrıya değil toplum içinde nasıl daha aktif ve fonksiyonel olacağına odaklanmalıdır (3,5).

Kaynaklar

1. IASP Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Pain 1986;Suppl 3;1-226.
2. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD, editor. Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 17-25.
3. Bloodworth D, Cavillo O, Smith K, Grabis M. Chronic pain syndromes: Evaluation and treatment. In: Braddom RL, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2000. p. 913-33.
4. Duarte RA. Classification of Pain. In: Kanner R, editor. Pain Management Secrets. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1997. p. 5-7.
5. Patil JJP. Chronic pain syndromes. In: O'Young B, Young MA, Stiens SA, editors. PM&R Secrets. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1997. p. 351-5.
6. Jacobsen L, Mariano AJ. General considerations of chronic pain. In: Loeser JD, editor. Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 241-54.
7. Bonica JJ, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. In: Loeser JD, editor. Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 3-16.
8. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984;18:299-314.
9. Podichetty VK, Mazanec DJ, Biscup RS. Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention. Postgrad Med J 2003;79:627-33.
10. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. JAMA 1998;280:147-51.
11. Gerdle B, Bjork J, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and health-care-seeking: a population study. J Rheumatol 2004;31:1399-406.
12. Yunus MB. A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. Rheum Dis Clin N Am 2002;28:201-17.
13. Turk DC. The role of psychological factors in chronic pain. Acta Anaesthesiol Scand 1999;43:885-8.
14. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. J Consult Clin Psychol 2002;70(3):678-90.
15. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychological predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. Spine 1995;20:722-8.
16. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. J Pain 2004;5:195-211.
17. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. Arch Intern Med 2003;163:2433-45.
18. Borman P, Çeliker R, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y, Elhan A. Psychological disturbance in chronic low back pain and fibromyalgia. The First Mediterranean Congress of Physical Medicine and Rehabilitation, 12-16 May 1996, Herzlia, Israel.
19. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y. Psychological disturbance in fibromyalgia: Relation with pain severity. Clin Rheumatol 1997;16(2):179-84.
20. Çeliker R, Borman P. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A comparison of psychological disturbance and life satisfaction. J Musculoske Pain 2001;9(1):35-45.
21. Borman P, Çeliker R. A comparative analysis of quality of life in rheumatoid arthritis and fibromyalgia. J Musculoske Pain 1999;7(4):5-14.
22. Yunus MB, Çeliker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: Comparison of psychological features with women. J Rheumatol 2004;31:2464-7.
23. Turk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. Reg Anesth Pain Med 2003;28:573-9.
24. Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. Lancet 1999;353:1784-8.
25. LeResche L. Gender, cultural and environmental aspects of pain. In: Loeser JD, editor. Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 191-5.
26. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. Pain Med 2003;4(3):277-94.

27. Turk DC, Rudy TE. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behav Res Ther* 1987;25:237-49.
28. Seres JL. Evaluating the complex chronic pain patients. *Neurosurg Clin N Am* 2003;14:339-562.
29. Chapman CR, Syrjala KL. Measurement of pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 310-28.
30. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005;113:9-19.
31. Chapman R, Turner JA. Psychological aspects of pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 181-90.
32. Thornton D, Silverman J. Psychological assessment of chronic pain patients. In: Kanner R, editor. *Pain Management Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1997. p. 30-6.
33. Lewandowski W. Psychological factors in chronic pain: A worthwhile undertaking for nursing. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18:97-105.
34. Wörz R. Pain in depression-depression in pain. *Pain Clinical Updates* 2003;11:1-4.