

Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi

Ümit Dündar, Özlem Solak, Ümit Seçil Demirdal, Hasan Toktaş, Vural Kavuncu

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Bu çalışmanın amacı kronik bel ağrılı hastalarda depresyon, ağrı ve yeti yitimi seviyesini araştırmak ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemektir. **Yöntem:** 41 kronik bel ağrılı hasta ve yaş ve cinsiyet açısından benzer 42 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastalar ve kontroller görsel analog skala (GAS) ile istirahat ve hareket ağrısı açısından değerlendirildi. Aktif hareket açıklığı inklinometre ve gonyometre ile ölçüldü. Yeti yitimi ve yaşam kalitesi ise modifiye Oswestry bel yeti yitimi anketi (MOBDA) ve kısa form-36 (SF-36) ile değerlendirildi. Ayrıca tüm hastalara ve kontrollere Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) uygulandı. **Bulgular:** Olgular ve kontroller arasında demografik veriler açısından fark yoktu. Hastaların SF-36 skorları kontrollerden daha düşüktü. Kronik bel ağrılı hastalarda MOBDA, BDÖ ve GAS skorları kontrollere göre yüksekti. Kronik bel ağrılı hastaların BDÖ skorları ile SF-36'nın alt parametreleri arasında negatif ve yakın bir ilişki bulundu (fiziksel işlevler (r:-0,46, p<0,001), fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme (r:-0,35, p<0,05), bedensel acı (r: -0,54, p<0,001), genel sağlık algısı (r:-0,38, p<0,05), yaşam enerjisi (r: -0,54, p<0,001), sosyal işlevler (r: -0,59, p<0,001), duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme (r: -0,45, p<0,001) ve ruhsal sağlık (r: -0,30, p<0,05)). **Sonuç:** Kronik bel ağrılı hastalarda BDÖ skorları sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir ve yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Kronik bel ağrılı hastaların psikiyatrik yönden değerlendirmeleri yaşam kalitelerini ve tedavi sonuçlarının iyileşmesini sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik bel ağrısı, depresyon, yaşam kalitesi, ağrı

Relation of pain, disability and depression with quality of life in patients with chronic low back pain

Objective: The aim of this study was to investigate the levels of depression, pain and disability in patients with chronic low back pain (CLBP) and to determine their association with quality of life. **Methods:** Forty-one patients with CLBP and 42 age and sex-matched healthy controls enrolled in this study. The social and demographic characteristics of the patients and controls were examined. All patients and controls were evaluated with respect to pain (at rest and movement) and assessed by visual analog scale (VAS), measurement of active range of motion using an inclinometer and a goniometer. Disability and quality of life were evaluated with the modified Oswestry low back disability questionnaire (MOLBDQ) and the Short Form 36 Health Survey (SF-36). Also all of the patients and controls underwent Beck depression inventory (BDI). **Results:** There was no statistical difference between the patients and control cases according to demographical data. The SF-36 scores of the study patients were lower than controls. MOLBDQ, BDI and VAS scores were higher in the patients with CLBP compared to controls. BDI scores of the patients with CLBP were negatively and closely associated with subparameters of the SF-36 (physical function (r:-0.46, p<0.001), role limitations due to physical functioning (r:-0.35, p<0.05), bodily pain (r: -0.54, p<0.001), general health (r:-0.38 p<0.05), vitality (r: -0.54, p<0.001), social functioning (r: -0.59, p<0.001), social functioning, role limitations due to emotional problems (r: -0.45, p<0.001) and mental health (r: -0.30, p<0.05)). **Conclusion:** BDI scores are higher in patients with CLBP than healthy controls and negatively affect their quality of life. Psychiatric evaluation of the patients with CLBP may improve their quality of life and treatments outcome.

Key words: Chronic low back pain, depression, quality of life, pain

Genel Tıp Derg 2009;19(3):99-104

Yazışma adresi: Dr.Ümit Dündar, Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 03200 Afyonkarahisar

e-posta: umitftr@yahoo.com

Bel ağrısı özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ağrı nedeni olup ciddi fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (1). 40 yaş üzerindeki kişilerin % 80'i en az bir kez bel ağrısı geçirir (2). Bel ağrısı 45 yaş altındaki çalışanlarda en önemli yeti yitimi sebebidir (3).

Hastaların % 10'unda veya daha fazlasında ağrı üç aydan uzun süre devam edebilir. Üç aydan daha uzun süren bel ağrısı kronik bel ağrısı (KBA) olarak isimlendirilmektedir. KBA'nın tedavisi ve hastanın yakınmalarının rahatlatılması çok daha zordur (4).

Bel ağrısının uzun süre devam etmesi hastaların yaşam kalitesinde bozulmalara neden olarak hastalarda üzüntü, çaresizlik duygularının yerleşmesine neden olabilir. Bazı hastalarda bel ağrıları depresyon ya da anksiyete bozukluğuna yol açabilir (5). Kronik ağrısı olan kişilerin önemli bir bölümünde ek tanı olarak psikiyatrik belirtiler ya da bozukluklar mevcuttur. Psikolojik etkenler fiziksel bozukluklara yol açabildiği gibi, fiziksel bozuklukların da hastaların psikolojisini olumsuz etkilediği kabul edilmektedir. Kronik ağrı sendromlarında depresyon sık görülmekteyken, birincil psikiyatrik bir bozukluk da sıklıkla ağrı nedeni olmaktadır (6-7). KBA hastaların yaşam kalitesinde bozulmalara, yeti yitimine, fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilir (8).

Biyolojik ve psikososyal faktörlerin ağrının oluşumunda, ifadesinde ve kalıcı olmasında önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır (9-11). Bazı çalışmalar (12-15) depresyonun ve ağrıdan kaçınma davranışının ağrının kronikliği ile yakından ilişkili olarak kişilerde gelecekte yeti yitimini, çalışmadan geçen zamanı ve sağlık bakımı ihtiyacını tahmin edebildiğini göstermiştir. Literatürün gözden geçirildiği bir derlemede (16), psikososyal faktörlerin akut bel ağrısının KBA'na dönüşümünde biyomedikal veya biyomekanikal faktörlere göre daha fazla etkili olduğu yönünde kanıtlar gösterilmiştir. Bu psikososyal faktörler arasında üzerinde en çok durulanlar anksiyete, depresyon ve ağrıdan kaçınma davranışdır (16-18). Kronik bel ağrılı hastalardaki mevcut depresyon ve anksiyetinin de hastaların yaşam kalitesini bozduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (19-21).

Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenmemektedir. Biz bu çalışmada, genel toplumda sık karşılaşılan bir sağlık problemi olan kronik bel ağrılı hastalardaki depresyon düzeyini ve bunların yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem

Çalışmaya yaşları 20-50 arasında değişen 41 kronik bel ağrılı hasta ve yaş ve cinsiyet açısından benzer 42 sağlıklı gönüllü (kontrol) dahil edildi. Kronik bel ağrılı hastalar için çalışmaya alınma kriteri üç aydan uzun süren bel ağrısının bulunması idi. Dışlama kriterleri ise; kırmızı bayraklar olarak bilinen ve ciddi bir patolojiyi gösteren bulgular (22), hamilelik, eski spinal cerrahi, vertebranın enflamatuvar, enfeksiyöz veya malign hastalıkları, psikiyatrik tanı ve antidepresan ilaç kullanımı veya öyküsünün bulunması idi. Kontrol grubunu oluşturan sağlıklı gönüllülerin hiçbirisi antidepresan ilaç kullanmıyordu ve psikiyatrik bir tanı almamışlardı.

Hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri sorgulandı. İstirahat ağrısı ve hareket ağrısı 10 cm uzunluğundaki görsel analog skala (GAS) ile değerlendirildi (0: ağrı yok iken 10: en şiddetli ağrı). Bel hareketleri (lomber fleksiyon ve ekstansiyon, sağ ve sol lomber rotasyon) inklinometre ve gonyometre ile ölçüldü. Yeti yitimi ve yaşam kalitesi ise modifiye Oswestry bel yeti yitimi anketi (MOBDA) ve kısa form-36 (SF-36) ile değerlendirildi. Hastaların ve kontrol grubunun emosyonel durumları Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi.

Yeti yitimi değerlendirmesinde kullanılan MOBDA günlük yaşam aktiviteleri ve ağrı ile ilgili sorular içeren 10 bölüm içermektedir. Her bölüm 0 ile 5 arasında bir skor alır. Skorlar toplanır ve iki ile çarpılarak yeti yitimi yüzdesi oluşturulur (23).

Hastalarda yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirildi. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: Fiziksel işlevler, sosyal işlevler, fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme, bedensel acı, ruhsal sağlık, duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme, yaşam enerjisi, genel sağlık algısı. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (24).

Hastaların ve kontrol grubunun depresyon düzeylerini belirlemek amacı ile BDÖ kullanıldı. Her soruya 0-3 arasında puan verilerek toplam Beck skoru (0-63) elde edildi. BDÖ, depresyon tanısı koymak için değil, kişinin depresyon belirtilerinin derecesini, objektif olarak kendisinin değerlendirmesi

için kullanılır. Depresyon derecesi için eşik değer olarak 17 kabul edilmektedir (25).

Gönüllü olur formu çalışma öncesinde bütün hastalardan alınmıştır ve çalışma üniversitenin lokal etik komitesinden onay almıştır.

$P < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılım gösterdiği bulundu. Her iki grup için verilerin ortalama değerleri Student'ın t testi kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Ki kare testi kullanıldı. Veriler arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon katsayısı testi ile belirlendi. Bütün analizler Windows için SPSS 13.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Kronik bel ağrılı hastalarının ve kontrol grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Yaş ortalamaları, cinsiyet dağılımı, vücut kütle indeksi (VKİ), medeni durumları ve eğitim durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Kronik bel ağrılı hastaların GAS ile hareket ağrısı ve istirahat ağrısı değerlendirildiğinde, kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p < 0,001$). Ayrıca kronik bel ağrılı hastaların bel hareketleri kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde azalmış bulundu (Tablo 1).

Kronik bel ağrılı hastaların BDÖ skorları kontrol grubuna oranla yüksek bulundu ($p < 0,001$). Hastaların BDÖ ortalama değeri $11,2 \pm 6,1$, kontrol grubunun ise $5,9 \pm 4,1$ olarak bulundu (Tablo 2). Kronik bel ağrılı hastaların 11'inde (% 26,8) BDÖ skoru 17 ve üzerindedir. Kontrol grubunda ise yalnızca 2 (% 4,7) olguda BDÖ skoru 17 ve üzerinde tespit edildi.

Kronik bel ağrılı hastaların MOBDA skorları kontrol grubuna oranla yüksek bulundu ($p < 0,001$). Ayrıca kronik bel ağrılı hastaların SF-36'nın tüm alt grup skorları kontrol grubuna göre daha düşüktü ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Kronik bel ağrılı hastaların SF-36 skorlarının bazı klinik veriler ile korelasyonlarına bakıldığında; hastaların BDÖ skorları ile SF-36'nın ağrı, yaşam enerjisi, ve sosyal işlevler alt gruplarında iyi derecede negatif korelasyon, BDÖ skorları ile SF-36'nın diğer tüm alt parametreleri ile de orta

Tablo 1. Kronik bel ağrılı hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin, bel hareket açıklığı ölçüm değerlerinin ve ağrı skorlarının karşılaştırılması

	Kronik bel ağrılı hastalar grubu (n: 41)	Kontrol grubu (n: 42)	P
Cinsiyet (K/E)	31 / 10	30 / 12	0,942
Boy (cm)	$167,3 \pm 9,2$	$165,7 \pm 9,5$	0,834
Kilo (kg)	$72,5 \pm 16,9$	$69,6 \pm 12,4$	0,654
VKİ (kg/m ²)	$26,1 \pm 5,7$	$25,6 \pm 5,1$	0,421
Yaş (yıl)	$34,4 \pm 10,4$	$32,9 \pm 11,3$	0,536
Medeni durum			0,427
Evli	33 (% 80,6)	31 (% 73,8)	
Bekar	6 (% 14,6)	7 (% 16,7)	
Dul	2 (% 4,8)	4 (% 9,5)	
Eğitim düzeyi			0,625
Üniversite	5	4	
Lise	24	22	
İlköğretim	12	16	
Hareket ağrısı (GAS) (cm)	$6,7 \pm 2,1$	$2,3 \pm 1,2$	<0,001
İstirahat ağrısı (GAS) (cm)	$4,1 \pm 1,4$	$1,2 \pm 1,1$	<0,001
Lomber fleksiyon (°)	$40,1 \pm 8,4$	$46,3 \pm 9,5$	<0,001
Lomber ekstansiyon (°)	$21,6 \pm 4,3$	$25,7 \pm 5,4$	<0,001
Sağ lomber rotasyon (°)	$35,7 \pm 9,3$	$39,4 \pm 7,9$	0,001
Sol lomber rotasyon (°)	$36,9 \pm 8,7$	$39,7 \pm 7,5$	0,001

(VKİ: vücut kütle indeksi, GAS: görsel analog skala)

derecede negatif korelasyon saptandı (Tablo 3). Ayrıca GAS skorları ile (hem istirahat hem de hareket ağrısı GAS skorları) SF-36'nın alt gruplarından fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme ve bedensel acı ile iyi derecede negatif korelasyon ve fiziksel işlevler, genel sağlık algısı ve sosyal işlevler alt parametreleriyle ise orta derecede negatif korelasyon bulundu. Hastaların MOBDA skorları ise, SF-36'nın fiziksel işlevler, fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme, bedensel acı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevler alt gruplarıyla orta derecede negatif korelasyon gösterdi (Tablo 3).

Tablo 2. Kronik bel ağrılı hastaların ve kontrol grubunun SF-36, Beck depresyon ölçeği ve modifiye Oswestry bel yeti yitimi anketi ölçüm değerlerinin karşılaştırması

	Kronik bel ağrılı hastalar (n: 41)	Kontrol (n: 42)	P
BDÖ	11,2 ± 6,1	5,9 ± 4,1	<0,001
MOBDA	41,5 ± 10,3	15,4 ± 5,3	<0,001
Fiziksel işlevler, SF-36	42,1 ± 12,3	80,5 ± 22,5	<0,001
FPBRE, SF-36	51,5 ± 14,6	84,6 ± 24,6	<0,001
Bedensel acı, SF-36	46,3 ± 16,9	87,3 ± 21,6	<0,001
Genel sağlık algısı, SF-36	42,5 ± 14,5	76,8 ± 19,7	<0,001
Yaşam enerjisi, SF-36	52,6 ± 18,6	71,2 ± 15,8	<0,001
Sosyal işlevler, SF-36	61,7 ± 17,3	90,2 ± 18,4	<0,001
DSBRE, SF-36	48,5 ± 18,2	91,6 ± 18,7	<0,001
Ruhsal sağlık, SF-36	54,9 ± 17,8	85,8 ± 14,9	<0,001

(SF-36; kısa form-36, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, MOBDA; modifiye Oswestry bel yeti yitimi anketi, FPBRE; fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme, DSBRE; duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme)

Tartışma

Kronik ağrı stres yaratan bir durumdur, sıklıkla kişisel yetenekleri ve çevresel kaynakları etkileyerek kişide kötü psikolojik dengeye, yaşam kalitesinde azalmaya, yeti yitiminde artmaya ve kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur (26). KBA önemli bir sağlık problemidir ve yaşam boyu prevalansı endüstrileşmiş toplumlarda % 70'in üzerindedir (2). KBA'nın ağrı, yeti yitimi gibi negatif sonuçlarından ziyade son yıllarda psikolojik etkileri ön sıralara taşınmaya başlamıştır. Bizim bu çalışmada temel amacımız kronik bel ağrılı hastalarda bir psikolojik bozukluk olan depresyon düzeyini araştırmak ve ayrıca depresyon düzeyinin hastaların yaşam kalitesi, ağrı ve yeti yitimi ile olan ilişkisini değerlendirmektir. Çalışma sonuçlarına baktığımızda, kronik bel ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğunu ve yaşam kalitesinin azaldığını

ve bu sonuçların kronik bel ağrılı hastaların ağrı ve yeti yitimi skorları ile yakından ilişkili olduğunu gördük.

Kronik ağrısı bulunan hastalarda en sık görülen psikiyatrik durumun depresyon olduğu genel popülasyonda depresyon sıklığı % 5-8 iken kronik ağrılı hastalarda % 30-54 arasında değiştiği bildirilmektedir (27-29). Bir başka çalışmada (30), kronik ağrının depresyon ve anksiyete ile sıklıkla bir arada görüldüğü, hastanın benlik saygısında düşmeye yol açtığı bildirilmiştir. Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (31) ise kronik bel, boyun ve diz ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Yine literatürde boyun veya bel ağrısı ile depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma vardır (32-34). Bu bulgular bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumludur.

“Ağrı ve depresyon arasında bir ilişki var mı?” sorusunun cevabı büyük olasılıkla evettir. Depresyon tanı kriterlerini tam olarak karşılayan 685 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada (35) hastaların % 75-80'inde baş ağrısı, karın ağrısı, boyun ağrısı ve bel ağrısı gibi somatik semptomlar rapor edilmiştir. Majör depresyon nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların % 92'si en azından bir tane ağrılı semptom, % 76'sı ise birçok ağrılı semptom göstermektedirler (36). Kronik ağrı ile depresyonun genel olarak birlikte görülmesi, birinin diğerinin nedeni olabileceği sorusunu akla getirmektedir.

Yapılan çalışmalar, her ikisinin de birbirinin nedeni olabileceğini desteklemektedir (37). 17626 hasta ile yapılan bir çalışmada (38) uzun dönem ağrılı (bel ağrısı, migren gibi) bir sorunu olan hastalarda majör depresyon riski iki katına çıktığı bulunmuştur. Diğer bir çalışmada (39) ise kronik miyofasiyal ağrı sendromu tanısı olan hastalarda depresyon oranının,

Tablo 3. Hastalarda BDÖ, MOBDA, GAS ve SF-36'nın alt bölümleri aralarındaki korelasyonlar

	Fiziksel işlevler	FPBRE	Bedensel acı	GSA	Yaşam enerjisi	Sosyal işlevler	DSBRE	Ruhsal Sağlık
BDÖ	r:-0,46**	r:-0,35*	r:-0,54**	r:-0,38*	r:-0,54**	- r:0,59**	r:-0,45**	r:-0,30*
MOBDA	r:-0,39**	r:-0,43*	r:-0,47**	r:-0,26*	r:-0,07	r:-0,34*	r:-0,05	r:-0,07
GAS, İA	r:-0,42**	r:-0,51**	r:-0,53**	r:-0,27*	r:-0,06	r:-0,38**	r:-0,08	r:-0,11
GAS, HA	r:-0,46**	r:-0,52**	r:-0,56**	r:-0,29*	r:-0,09	r:-0,35*	r:-0,10	r:-0,13

(SF-36; kısa form-36, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, MOBDA; modifiye Oswestry bel yeti yitimi anketi, GAS, İA: görsel analog skala, istirahat ağrısı, GAS, HA; görsel analog skala, hareket ağrısı, GSA; genel sağlık algısı, FPBRE; fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme, DSBRE; duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme, **=<0,001, *=<0,05)

ağrısız kişilere oranla daha yüksek seviyede olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda kronik bel ağrılı hastaların fiziksel bulgularında, ağrı ve yeti yitimi skorlarında kontrollere göre kötüleşme tespit ettik. Benzer şekilde kronik bel ağrılı hastaların yaşam kalitesi skorları tüm alt parametrelerde sağlıklı kontrollere oranla daha düşüktü. Korelasyon analizi kronik bel ağrılı hastaların BDÖ skorlarının SF-36'nın alt parametreleri ile (özellikle fiziksel işlevler, bedensel acı, yaşam enerjisi, sosyal işlevler ve duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme) ile yakından ilişkili (negatif korelasyon) olduğunu gösterdi. Literatürü taradığımızda depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren yayınlar (40-42) mevcuttur. Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemini içinde algılama biçimi olarak tanımlanmıştır. Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerinin, standartlarını ve ilgilerini kapsar (31). Çalışmaya dahil ettiğimiz hastalarda depresyon skorlarının SF-36'nın fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme alt grubu dışında diğer tüm alt parametrelerde, yeti yitimi ve ağrı skorlarına oranla yaşam kalitesi parametreleri ile daha yakından ilişkili olması, kronik bel ağrılı hastalardaki depresyon düzeyinin yaşam kalitesini bozan en önemli neden olabileceği fikrini desteklemektedir.

Hastaların MOBDA skorlarının ve GAS ile ölçülen hastalardaki hareket ve istirahat ağrısının özellikle SF-36'nın fiziksel işlevler, fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme, bedensel acı, alt grupları ile yakından ilişkili olması, kronik bel ağrılı hastalardaki yeti yitiminin hastanın yaşam kalitesinde daha çok fiziksel aktiviteleri bozduğunu göstermiştir. Oysa çalışmamızda kronik bel ağrılı hastaların BDÖ skorları SF-36'nın hem fiziksel hem de sosyal alt parametreleri ile yakından ilişkili bulunmuştur. Bütün bu sonuçları birlikte değerlendirecek olursak kronik bel ağrılı hastalarda, kişilerin hissettiği ağrının kişinin hem fiziksel aktivitelerini hem de sosyal yaşamını kısıtlayarak kişide depresif bulgular geliştirebilecek bir ortam gelişmesine neden olabileceği sonucuna varabiliriz. Bu hipotezi Rush ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma (43) desteklemektedir. Rush ve arkadaşları (43) kronik bel ağrılı hastalarda fiziksel aktivitenin derecesiyle depresyon arasındaki ilişkiye işaret ederek fiziksel

açıdan aktif olanlarda depresyon riskinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızın en önemli kısıtlılıkları çalışmaya dahil edilen hastaların ve kontrollerin sayılarının azlığı ve hastaların ve kontrollerin yaşam koşullarının sorgulanmamış olmasıydı. Hastaların ve kontrollerin yaşam koşullarındaki farklılıklar hastaların depresyon skorlarını etkileyebilir.

Sonuç

Kronik bel ağrılı hastaların hem fiziksel aktivitelerinin hem de yaşam kalitelerinin ve depresyon düzeylerinin kontrollere göre daha bozuk olduğunu tespit ettik. Bu, bize KBA yakınması ile gelen hastalarda psikiyatrik değerlendirme yapılmasının gerekliliğini göstermiştir. Kronik bel ağrılı hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olması yaşam kalitelerini her alanda belirgin ölçüde etkilemektedir. Özellikle medikal ve fizik tedavinin yetersiz kaldığı kronik bel ağrılı hastaların tedavisine davranışsal tedavi ve psikolojik desteğin sağlanmasının hastalardaki başarı sonuçlarını artıracığını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Bonica-Loeser JD. Low back pain. In: Loeser JD, (ed.): Bonica's management of pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:1508-64.
2. Loney PL, Stratford PW. The prevalence of low back pain in adults; A methodological review of the literature. Phys Ther 1999;4:384-95.
3. Andersson G. Epidemiologic aspects on low back pain in industry. Spine 1981;6:53-60.
4. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Exercise and chronic low back pain: What works? Pain 2004;107:176-90.
5. Kokino S, Özdemir F, Tuna H. Kronik bel ağrısı olgularına uygulanan biofeedback, egzersiz, biofeedback+egzersiz tedavilerinin Beck Depresyon Skalasına etkisi. Ağrı 1999;11:141.
6. Doksat MK. Ağrı ve psikiyatri. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II, 1997;2:189-203.
7. Özcan ME, Yurtsızoğlu Ö, Balki S, Altay Z, Eğri M. Bel ağrısı olan hastalarda hot-pack, TENS, ultrasound ve egzersizin HAMD skorlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2000;1:26-31.
8. Frank AO, Souza LD. Conservative management of lowback pain. Int J Clin Pract 2001;55:21-31
9. Hanley MA, Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Robinson LR. Psychosocial predictors of long-term adjustment to lower-limb amputation and phantom limb pain. Disabil Rehabil 2004;26:882-93.

10. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czerniecki JM, Robinson LR. Cognitions, coping and social env predict adjustment to phantom limb pain. *Pain* 2002;95:133-42.
11. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolut and revolut. *J Consult Clin Psychol* 2002;70: 678-90.
12. Sullivan MJ, Adams H, Thibault P, Corbiere M, Stanish WD. Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioural intervention for work disability. *J Occup Rehabil* 2006;16:63-74.
13. Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil* 2005;15:475-89.
14. Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC, Chambers WA, Smith WC. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: Results from a general population follow-up study. *Spine* 2004;29:1032-40.
15. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain* 2006;22:160-6.
16. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25:1148-56.
17. Clauw DJ, Williams D, Lauerman W, Dahlman M, Aslami A, Nachemson AL, et al. Pain sensitivity as a correlate of clinical status in individuals with chronic low back pain. *Spine* 1999;24:2036-41.
18. Epping-Jordan JE, Wallgren DR, Williams RA, Pruitt SD, Slater MA, Patterson TL, et al. Transition to chronic pain in men with low back pain: Predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms. *Health Psychol* 1998;17:421-7.
19. Kessler M, Kronstorfer R, Traue HC. Depressive symptoms and disability in acute and chronic back pain patients. *Int J Behav Med* 1996;3:91-103.
20. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychosocial factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27:109-20.
21. Koleck M, Mazaux JM, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *Eur J Pain* 2006;10:1-11.
22. Clinical Standards Advisory Group Committee on Back Pain. Back pain: Report of a CSAG committee on back pain. London: HMSO, 1994:1-89.
23. Fritz JM, Irrgang JJ. A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Phys Ther* 2001;81:776-88.
24. Kocyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi* 1999;12:102-16.
25. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeğinin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Derg* 1988;6:118-22.
26. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, then with pain intensity. *Eur J Pain* 2005;9:15-24.
27. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain* 1988;35:129-40.
28. Krishnan KRR, France RD, Davidson J. Depression as a psychological disorder in chronic pain. In: France RD, Krishnan KRR, (eds.): *Chronic Pain*. Washington DC: Am Psychiatric Pres. 1988: 195-219.
29. Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991;46:177-84.
30. Sayar K, Bilen A, Arıkan K. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türk Klin Psikiyatri Derg* 2001;2:36-42.
31. Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:95-101.
32. Leino P, Magni G. Depressive and distress symptoms as predicts of low-back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: A 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993;53:89-94.
33. Waxman SE, Tripp DA, Flamenbaum R. The mediating role of depression and negative partner responses in chronic low back pain and relationship satisfaction. *J Pain* 2008;9:434-42.
34. Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain* 2008;135:142-50.
35. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-41.
36. Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathol* 2000;33:307-9.
37. Lépine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004;19:S3-7.
38. Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord* 2001;63:35-41.
39. Dohrenwend BP, Raphael KG, Marbach JJ, Gallagher RM. Why is depression comorbid with chronic myofascial face pain? A family study test of alternative hypotheses. *Pain* 1999;83:183-92.
40. Wells KB, Stewart A, Hays R, Burnam MA, Rogers W, Daniels MD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcome study. *JAMA* 1989;262: 914-9.
41. Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T. Depression, anxiety and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 1993;83:385-90.
42. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of depressed patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch of Gen Psychiatry* 1995;52:11-9.
43. Rush AJ, Polatin P, Gatchel RJ. Depression and chronic low back pain establishing priorities in treatment. *Spine* 2000;25:2566-71.