



TÜRKİYE'DEKİ ERİŞKİMLERİN AĞRI SIKLIĞI VE BU DENEYİMİ YAŞAYANLARIN BAŞETME YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ

**DİKKAT:** Formu koyu kurşunkalem ile doldurunuz. Düzeltme için yumuşak silgi kullanınız.

Bu araştırma Türk Eczacılar Birliği tarafından Türkiye'deki erişkinlerin ağrı sıklığı ve ağrıyla başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.  Anketin Yapıldığı Tarih : ..... / ... / .....  Anketi Yapan Kişi	ANKETİN YAPILDIĞI İL PLAKA KODU	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td></tr> </table>	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	ANKETİN YAPILDIĞI COĞRAFI BÖLGE <input type="radio"/> BATI <input type="radio"/> DOĞU <input type="radio"/> KUZUY <input type="radio"/> GÜNEY <input type="radio"/> ORTA  ANKETİN YAPILDIĞI YER <input type="radio"/> KIR <input type="radio"/> KENT	KODLAMA ŞEKLİ  YANLIŞ <input type="checkbox"/> YANLIŞ <input checked="" type="checkbox"/> YANLIŞ <input checked="" type="checkbox"/> YANLIŞ <input type="checkbox"/> DOĞRU <input type="checkbox"/>	FORM NO  3360  YUKARIDA BASILI FORM NUMARASINI KODLAYINIZ. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9
0	0																																																																
1	1																																																																
2	2																																																																
3	3																																																																
4	4																																																																
5	5																																																																
6	6																																																																
7	7																																																																
8	8																																																																
9	9																																																																
0	0	0	0																																																														
1	1	1	1																																																														
2	2	2	2																																																														
3	3	3	3																																																														
4	4	4	4																																																														
5	5	5	5																																																														
6	6	6	6																																																														
7	7	7	7																																																														
8	8	8	8																																																														
9	9	9	9																																																														

- 1 Görüşüğünüz kişinin doğum tarihini gün/ay/yıl olarak yazınız.
- |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| GÜN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AY  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| YIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
- 2 Görüşüğünüz kişinin cinsiyeti  
 KADIN  ERKEK

- 3 Size evinizde yaşayan kişilerden 15 yaşın üstünde olanların eğitim ve çalışma durumu ile ilgili sorular sormak istiyorum.

		AİLE REİSİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ	AİLE ÜYESİ
<b>Aile Reisine</b>	Aile reisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Yakınlık derecesi</b>	Eşi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Çocuğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Torunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kardeşi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Annesi-babası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dedesi-ninesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gelini-damadı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diğer akrabaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akrabası değil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>EĞİTİM DURUMU</b>									
	Yüksekokulu bitirdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liseyi bitirdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ortaokulu bitirdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İlkokulu bitirdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiçbir okulu bitirmedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lise yada yükseksekokul öğrencisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>										
	İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serbest meslek sahibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yönetici (6 ve daha fazla kişiden sorumlu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yönetici (en fazla beş kişiden sorumlu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İşveren (en fazla 5 işçi çalıştıran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Çiftçi (2 veya daha fazla kişi çalıştıran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Memur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kendi başına çalışan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İşçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Çiftçi (en fazla bir işçi çalıştıran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İşsiz/ev kadını ve diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4 Eviniz kendinizin mi?  EVET KENDİMİZİN  HAYIR, KIRA  HAYIR, LOJMAN  CEVAPSİZ

- 5 Evinizde, şimdi sahip olduğunuz eşyaların hangileri var?

	VAR	YOK
ÖZEL ARABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BİLGİSAYAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BULAŞIK MAKİNESİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTOMATİK ÇAMAŞIR MAKİNESİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VİDEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÜZİK SETİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOTOĞRAF MAKİNESİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 Son üç ay içinde (anket uygulama tarihi başlangıç alınmak üzere) ağrı yakınmanız oldu mu?

EVET  HAYIR

EVET ise sonraki sayfaya geçiniz HAYIR ise görüşmeyi bitiriniz.

7 Ağrı yakınmanız kaç farklı yerde oldu?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

8 Periyodik olarak yaşanan ağrınızın başladığı yeri vücudunuzun aşağıda okuyacağım hangi bölgesine uyuyor? (Birden fazla tercih yapabilirsiniz.)

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
BAŞ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOYUN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OMUZ-KOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GÖĞÜS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BATIN (KARIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PELVİS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KALÇA-BACAKLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENİTAL BÖLGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIŞ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HER YER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANIMSAMIYORUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIĞER	.....	.....	.....	.....
BU ALANI İŞARETLEMİYİNİZ	⑭ ⑮ ⑯ ⑰	⑭ ⑮ ⑯ ⑰	⑭ ⑮ ⑯ ⑰	⑭ ⑮ ⑯ ⑰

9 Ağrınız ilk ne zaman başladı?

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
3-6 AY ÖNCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 AY - 11 AY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 - 3 YIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 YIL VE ÜSTÜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANIMSAMIYORUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Son üç ay içinde görülen ağrınız ilk kez aşağıdaki olaylardan hangisinden sonra ortaya çıktı? (Birden fazla tercih yapabilirsiniz.)

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
KENDİLİĞİNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMELİYAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADET GÖRME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDRAR YAPMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EV İŞLERİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AĞIR İŞ YÜKÜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOĞUM YAPMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANIMSAMIYORUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HASTALIK (Biliyorsanız adı)	.....	.....	.....	.....
BU ALANI İŞARETLEMİYİNİZ	⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑲	⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑲	⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑲	⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑲
DIĞER (Açıklayınız)	.....	.....	.....	.....
BU ALANI İŞARETLEMİYİNİZ	⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔	⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔	⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔	⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔

11 Ağrıyan taraf:

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
SAĞ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORTA,HAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HER TARAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Ağrınız bir kez başladığında ne kadar sürüyor?

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
30 dak.'dan az	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 dak-1 s. arası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-12 s. arası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-24 s. arası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-7 gün arası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 haftadan fazla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

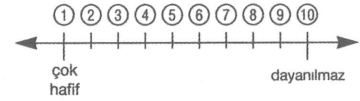
13 Ağrınız ne kadar sık aralıklarla görülüyor?

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
SÜREKLİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAFTADA BİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 GÜNDE BİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AYDA BİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AY VE DAHA SEYREK ARALARLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

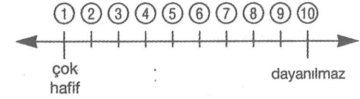
14 Aşağıdaki şemada son yaşadığınız ağrı şiddetinizi ifade eden sayı hangisidir?

(1) çok hafif → (10) dayanılmaz

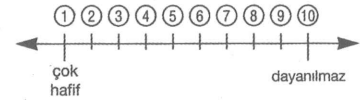
BİRİNCİ AĞRI İÇİN



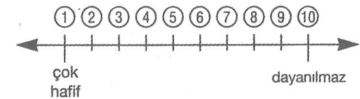
İKİNCİ AĞRI İÇİN



ÜÇÜNCÜ AĞRI İÇİN



DÖRDÜNCÜ AĞRI İÇİN



15 Ağrının şiddeti başlangıçtan buyana :

	1. Ağrı için	2. Ağrı için	3. Ağrı için	4. Ağrı için
Değişiklik olmadı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arttı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azaldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazen artıyor, bazen azalıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anımsamıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 16 Şimdi durun ve düşünün. İlaç kullanma dışında hangi durumlarda ağrı şikayetiniz artıyor? (Birden fazla tercih yapabilirsiniz.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soğuk havalarda    | <input type="checkbox"/> Ayakta durma    | <input type="checkbox"/> Ani hareket       |
| <input type="checkbox"/> Sıcak havalarda    | <input type="checkbox"/> Yatma           | <input type="checkbox"/> Kalabalık         |
| <input type="checkbox"/> Yağışlı havalarda  | <input type="checkbox"/> Öksürme         | <input type="checkbox"/> İkınma            |
| <input type="checkbox"/> Sıcak uygulama ile | <input type="checkbox"/> Uyku            | <input type="checkbox"/> Kokular           |
| <input type="checkbox"/> Soğuk uygulama ile | <input type="checkbox"/> Yürüme-Koşma    | <input type="checkbox"/> Açlık             |
| <input type="checkbox"/> Işık               | <input type="checkbox"/> Oturma          | <input type="checkbox"/> Adet görme        |
| <input type="checkbox"/> Gürültü            | <input type="checkbox"/> Yorgunluk       | <input type="checkbox"/> Hareketsizlik     |
| <input type="checkbox"/> Gerinme            | <input type="checkbox"/> Ağrı kaldırma   | <input type="checkbox"/> Ev işleri         |
| <input type="checkbox"/> Gerginlik          | <input type="checkbox"/> Yataktan kalkma | <input type="checkbox"/> Ani sevinç-üzüntü |
| <input type="checkbox"/> Yemek yeme         | <input type="checkbox"/> Dinlenme        | <input type="checkbox"/> Stres             |

Diğer (Açıklayınız) .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 31 32 33 34 35

- 17 İlaç kullanma dışında hangi durumlarda ağrı şikayetiniz azalıyor? (Birden fazla tercih yapabilirsiniz.)

- |   |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soğuk havalarda    | <input type="checkbox"/> Uyku         | <input type="checkbox"/> Koşma   |
| <input type="checkbox"/> Sıcak havalarda    | <input type="checkbox"/> Ayakta durma | <input type="checkbox"/> İkınma  |
| <input type="checkbox"/> Yağışlı havalarda  | <input type="checkbox"/> Kalabalık    | <input type="checkbox"/> Kokular |
| <input type="checkbox"/> Yatma              | <input type="checkbox"/> Öksürme      | <input type="checkbox"/> Açlık   |
| <input type="checkbox"/> Sıcak uygulama ile | <input type="checkbox"/> Yürüme       | <input type="checkbox"/> Tokluk  |
| <input type="checkbox"/> Soğuk uygulama ile | <input type="checkbox"/> Oturma       | <input type="checkbox"/> Gürültü |
| <input type="checkbox"/> Işık               | <input type="checkbox"/> Masaj        | <input type="checkbox"/> Gerinme |
| <input type="checkbox"/> Ani sevinç-üzüntü  | <input type="checkbox"/> Gerginlik    |                                  |

Diğer (Açıklayınız) .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 24 25 26 27 28 29 30

- 18 Ağrının kısıtladığı aktiviteler ve derecesi :

A) Fiziksel aktiviteler :

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

B) Sosyal aktiviteler :

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

C) Mesleki çalışma : (Çalışanlar yanıtlayacak)

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

D) Ev işleri : (Kadınlar yanıtlayacak)

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

E) Kişisel itina ve öz bakım :

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

F) Yaşamsal önemi olan aktiviteler :

- Kısıtlamıyor
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ← çok az tamamen →

- 19 Ağrınız ile başetmede ağrı kesici kullanıyorsunuz mu?

- Hayır (İse 25. soruya geçiniz.)  Evet

- 20 Hangi ağrı kesici(ler)i kullanıyorsunuz?

Birinci ağrı için kullandığınız ağrı kesici(ler) : .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9

İkinci ağrı için kullandığınız ağrı kesici(ler) : .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Üçüncü ağrı için kullandığınız ağrı kesici(ler) : .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Dördüncü ağrı için kullandığınız ağrı kesici(ler) : .....

Bu alanı işaretlemeyiniz. 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- 21 Bu ağrı kesici(ler) ağrınızı nasıl etkiliyor?

- Ağrı azalıyor
- Ağrı tamamen ortadan kalkıyor
- Ağrıda değişiklik olmuyor
- Bilmiyorum

**22** Ağrı kesicileri reçetede ifade edilen dozda kullanıyor musunuz?

- Evet  
 Hayır (ise nedenini açıklayınız .....

Bu alanı işaretlemeyiniz.  10  1  2  3  4  5  6  7  8  9

**23** Ağrı kesici kullanmaya nasıl karar verdiniz?

- Hekime gittim, onun tavsiyesi üzerine aldım.  
 Eczacıya danışarak eczanedan aldım.  
 Hekim ve eczacı dışındaki sağlık personeline danışarak aldım.  
 Komşu/arkadaş/aileye danıştım.  
 Evdeki ilaçlardan birisini kullandım.  
 Anımsamıyorum  
 Diğer (Açıklayınız .....

Bu alanı işaretlemeyiniz.  7  8  9  10

**24** Bu ağrı kesiciyi nereden temin ediyorsunuz?

- Hastane eczanesinden  
 Eczaneden  
 Hekim muayenehanesinden  
 Bakkaldan, marketten  
 Diğer (Açıklayınız .....

Bu alanı işaretlemeyiniz.  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15

**25** Ağrı ile başetmede ağrı kesici dışında hangi yöntemi kullanıyorsunuz? (Birden fazla tercih yapabilirsiniz.)

- Hiçbir yöntem kullanmıyorum  
 Masaj yaparım  
 Soğuk uygulama yaparım  
 Sıcak uygulama yaparım  
 Egzersiz yaparım  
 Komşu/arkadaş/aileden yardım isterim  
 İstirahat ederim  
 Sağlık kuruluşuna giderim  
 Müzik dinlerim  
 Ağlarım  
 Ağrıyan yerimi okuturum  
 Akapunktur  
 Fizik tedavi  
 Diğer (Açıklayınız .....

Bu alanı işaretlemeyiniz.  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30

**26** Son üç ayda ağrı nedeni ile kaç kez acil olarak herhangi bir sağlık kuruluşunu kullandınız?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**27** Son üç ayda ağrı nedeni ile kaç kez hastaneye yatırıldınız?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**28** (Çalışanlar için)

Son üç ayda ağrı nedeni ile işe gitmediğiniz gün oldu mu?

- Hayır  
 Evet (gün sayısını aşağıya kodlayınız)

10  20  30  40  50  60  70  80  90  
 1  2  3  4  5  6  7  8  9

BITTİ...

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

FORM NO  
3360

YUKARIDA BASILI FORM NUMARASINI KODLAYINIZ.

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9