



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AĞRI
İNANÇLARI VE AĞRI KORKULARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma Nur KILIÇARSLAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AĞRI
İNANÇLARI VE AĞRI KORKULARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma Nur KILIÇARSLAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları ve Ağrı Korkuları Arasındaki İlişkinin
İncelenmesi

Fatma Nur Kılıçarslan

Yüksek Lisans Tezi

27.12.2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erek Kazan

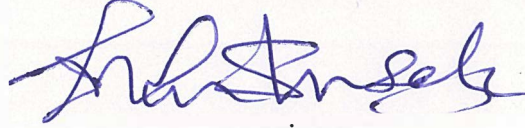
Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erek Kazan

Dr. Öğr. Üyesi Sema Koçaşlı

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken
tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.



Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

27.12.2019

Fatma Nur KILIÇARSLAN



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerini aktaran yol gösteren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erek KAZAN'a

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerine ve desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Eğitimimin ve hayatımın her aşamasında maddi ve manevi yönden büyük destek sağlayan, bugünlere gelmem için en çok çaba sarfeden Babam Ali ÖZTÜRK, Annem Nuray ÖZTÜRK ve her zaman bana destek olan ablam Zübeyde, kardeşlerim Beyza, Berna ve Kayra'ya,

Çalışmamın son aşamalarında bana en çok yardımcı olan, beni destekleyen, motive eden, biricik eşim Gökan KILIÇARSLAN ve oğlum Poyraz Kerem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLOLAR DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağrının Tanımı	5
2.2. Ağrının Tarihçesi.....	6
2.3. Ağrı Teorileri.....	7
2.3.1. Spesifite Teorisi.....	7
2.3.2. Pattern (Model) Teorisi	7
2.3.3. Kapı Kontrol Teorisi (KKT).....	8
2.3.4. Endorfin Teorisi.....	8
2.4. Ağrı Tedavi Yöntemleri.....	9
2.4.1. Farmakolojik Yöntemler.....	9
2.4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler	11
2.5. Ağrı Hemşiresinin Rolü.....	15
2.6. Ağrı İnançları.....	18
2.7. Ağrı Korkusu	19
3. MATERYAL VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Form.....	22
3.4.2. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)	22
3.4.3. Ağrı Korkusu Ölçeği-III (AKÖ-III)	23
3.5. Verilerin Toplanması.....	24

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	24
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER	53
EK-1. TANITICI ÖZELLİK FORMU	53
EK-2. AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ	55
EK-3. AĞRI KORKUSU ÖLÇEĞİ-III	56
EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	57
EK-5. ETİK KURUL ONAY BELGESİ.....	58
EK-6. KURUM İZİN YAZISI.....	59
EK-7. AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI.....	60
EK-8. AĞRI KORKUSU ÖLÇEĞİ-III KULLANIM İZİN YAZISI..	61
EK-9. ÖZGEÇMİŞ	62

ÖZET

Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları ve Ağrı Korkuları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde eğitim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü 391 öğrenciden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellik Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrı Korkusu Ölçeği-III kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmıştır. İstatistiksel analizde sayı, yüzde, t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçekler ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmada, öğrencilerin ağrı inançları puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 3.15 \pm 0.56$, ağrı korkusu ölçeği puan ortalaması $\bar{X} \pm SS = 2.86 \pm 0.57$ bulunmuştur. Araştırmada ağrı inançları ile ağrı korkusu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($p < 0.05$, $r = -.105$) bulunmuştur. Buna göre ağrı inançları yüksek olan öğrencilerin ağrı korkusu azalmakta olup, ağrının sebebini depresyon ve anksiyete gibi psikolojik nedenlere bağlayan öğrencilerin, şiddetli ağrı korkusu azalmakta ($p < 0.01$, $r = -.204$), hafif ağrı korkusu artmaktadır ($p < 0.05$, $r = .107$). Ağrının nedenini yaralanma ve zarar görme gibi organik nedenlere bağlayan öğrencilerin hafif ağrı korkusu ($p < 0.01$, $r = -.188$) ve tıbbi ağrı korkusu ($p < 0.01$, $r = -.182$) azalmaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyet, okudukları sınıf, ağrısı olduğunda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu ve ağrı yaşama sıklığı ile ölçek alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ağrı inançları ve ağrı korkusunun müfredatta ele alınması ve ağrı değerlendirmesi ve ağrıya yaklaşıma ilişkin bakım uygulamalarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ağrı inançları, ağrı korkusu, öğrenci hemşire

ABSTRACT

Analysis of the Relationship Between Pain Beliefs and Fears of Pain of Nursing Students

In this study, relationship between pain beliefs and fear of pain of nursing students have been analyzing as descriptive. Data of the study have been collected from 391 voluntarily Nursing students in Faculty of Health Sciences of Ankara Yıldırım Beyazıt University at March-May 2019. Identifying characteristic form, pain beliefs questionnaire, fear of pain questionnaire III have been used for data collection. Analyzes of data have been performed with SPSS 22. For statistical analyzes, numbers, percentage, t test and ANOVA test have been used. Relationship between scales and sub-dimension scores have been analyzed with Pearson correlation test.

In this study, it is found that average score of pain belief is $\bar{X} \pm SS = 3.15 \pm 0.56$, average score of fear of pain scale is $\bar{X} \pm SS = 2.86 \pm 0.57$. There is a avoidant weak relationship ($p < 0.05$, $r = -.105$) between pain belief and fear of pain. According to this, fear of pain have been decreasing for the students who have higher pain belief. For the students who thinks that the reason of their fear is psychological such as depression and anxiety, their acute fear of pain have been decreasing ($p < 0.01$, $r = -.204$) and their severe fear have been increasing ($p < 0.05$, $r = .107$). For the students who think their reason of pain is organic reasons like physical injury and aggrievement, fear of minor ($p < 0.01$, $r = -.188$) and medical pain ($p < 0.01$, $r = -.182$) have been decreasing. In this work, it is found that there are significant differences between gender, current degree, situation of using pharmacological and non-pharmacological methods when they had pain and frequency of pain of the students and scale sub-dimension scores. Consequently, it is advices that pain beliefs and fear of pain should be included in the curriculum, pain evaluation and approaches to pain related applications should be integrated.

Key Words: Fear of pain, nursing student, pain, pain beliefs

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AİÖ	: Ağrı İnançları Ölçeği
AKÖ-III	: Ağrı Korkusu Ölçeği-III
KKT	: Kapı Kontrol Teorisi
HKA	: Hasta Kontrollü Analjezi
NSAİİ	: Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar
AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
$\bar{X}$	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık düzeyi
N	: Evrendeki birey sayısı
n	: Örneklemdeki birey sayısı
Min	: Minimum
Max	: Maksimum

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Öğrencilerin ağrıya ilişkin özellikleri	27
Tablo 4.3. Öğrencilerin ağrı inançları ve ağrı korkusu ölçeği ile alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı	29
Tablo 4.4. Öğrencilerin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı	30
Tablo 4.5. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılması	32
Tablo 4.6. Öğrencilerin ağrıya ilişkin özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılması	34



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı, gerek dünyada gerekse ülkemizde oldukça yaygın görülen ve giderek artan bir sağlık problemi haline gelmiştir (1,2). Ağrı geçmişten günümüze kadar toplumun büyük bölümünü ilgilendiren, bireylerin yaşam kalitesini azaltan bir sorun olarak görülmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamada ağrı; “Vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan, doku zedelenmesine bağlı olan veya olmayan, bireyin geçmişteki ağrı deneyimlerinden etkilenen, hoş gitmeyen emosyonel bir durum, davranış şeklidir” (2-9). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP)’na göre ise ağrının tanımı: “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyimdir”. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznel (10-14). Dolayısıyla ağrı kişiden kişiye farklılık gösteren, ağrıyı yaşayan kişi dışında bireylerin anlayamayacağı subjektif bir sorundur (12,15).

Ağrı, süresine göre akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut ağrı, bir saniyeden daha uzun, altı aydan daha kısa süren bir rahatsızlık durumudur (8,16-18). Kronik ağrı ise akut bir hastalıktan veya bir iyileşme sürecinden sonra ağrının devam etmesidir. Bu süreç 1 aydan 6 aya kadar olan süreyi kapsar (2,8,17,18). Ağrı, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile kontrol altına alınabilmektedir. Farmakolojik yöntemler ilaçla tedaviyi (opioidler, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, adjuvan ajanlar, hasta kontrollü analjezi) kapsarken, nonfarmakolojik yöntemler ilaç dışı tedaviyi (masaj, sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, hipnoz, müzikle terapi vb) kapsamaktadır (19-21).

Hasta haklarından biri olan ağrı tedavisinde hemşire önemli bir role sahiptir. Ağrının yönetiminde hemşirenin hastalarla birebir iletişimde olması, hastanın geçmiş

ağrı deneyimlerini ve baş etme yollarını bilmesi ve bunları hastaya öğretmesi, sonuçları takip etmesi ve empatik yaklaşım sağlaması hemşireyi diğer sağlık çalışanlarından ayıran ve önemli kılan unsurlardandır (20,22,23). Bunların yanı sıra hemşirelerin kültürel alt yapıları ve kendi deneyimleri de ağrı kontrolünü etkilemektedir. Yapılan bazı çalışmalarda (24-26) hemşirelerin ağrı yönetiminde, ağrılı hastaya yaklaşımda hastaların o anki durumunu tanımlamaktan çok, ağrı ile ilgili kendi tutumları ve yanlış anlamalarından daha fazla etkilendiği görülmüştür. Hemşire ve hemşire adayları tarafından ağrının çok boyutlu temeline dayandırılmış bir bakımın sağlanmasının ağrı yönetiminde başarıyı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu hemşirelik yaklaşımları ilaç uygulamaları kadar etkilidir (27). Ağrılı hastanın bakımında önemli yeri olan hemşirenin, ağrının kontrolü ve giderilmesinde etkili yaklaşım sağlayabilmesi için hastaların ağrı davranışlarının ve hemşirelerin ağrılı hastayı nasıl tanımladıklarının bilinmesi gerekmektedir (28).

Literatüre bakıldığında, ağrı kontrolü ve ağrıya yaklaşımı etkileyen etmenlerden birinin de ağrı inançları olduğu ve son yıllarda bu konuda bazı çalışmaların (27,29-34) yapıldığı göze çarpmaktadır. Ağrı ile baş etme becerileri, farklı duyu durumları ve psikolojik işlevselliğin bu inançlardan etkilenme düzeyi de alanda yapılan çalışmaların temel konularını oluşturmuştur (33). Sharp'ın (2001) da yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelinde belirttiği gibi, ağrı inançları, ağrı ile ilgili kavramlar arasında öne çıkan yapıların en önemlilerinden biri olarak belirtilmektedir (11,33-36). Ağrı inançları ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda (26,27,30-33) bireylerin sahip olduğu inanca göre tedavi süreçlerinin ve baş etme yollarının farklılaştığı belirtilmiştir. Ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hastanın ağrı inançlarının sorgulanması, bu inançların bireyin ağrıyla baş etme yollarına nasıl etki ettiğinin değerlendirilmesi ve bireye uygun bir baş etme yönteminin belirlenmesi açısından hemşirelere çeşitli sorumluluklar düşmektedir (3,11,27,35). Bununla birlikte, ağrı yönetiminde hastaların inançları kadar, ekip içerisinde kilit rol alan hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin de ağrıya yönelik inançları önemlidir (27).

Kişinin ağrı deneyimleri ve kültürel alt yapılarının ağrı kontrolünü ve ağrıya yaklaşımı etkilediği gibi kişi tarafından algılanan ağrının derecesi de ağrıya yaklaşımı etkilemektedir. Ağrı korkusu, yaşanan ağrı derecesinin ve ağrının vücuda

verdiği zararın fazlalığı sonucu oluşur ve ağrıya neden olan faaliyetlerden kaçınılması gerektiği inancını doğurur (37). Ağrı ve korku ayrılmaz bir bütündür. Ağrının korkuya neden olduğu, korkunun da ağrıya olan hassasiyeti artırarak ağrıyı arttırdığı söylenebilir (12,16). Ağrı ile korku/anksiyete arasındaki ilişkinin önemli olduğunu vurgulayan terimlerden biri de, “algophobie-algofobi” dir. Bu terim ağrı ve korku kavramlarının bir arada bulunmasını ifade eder. Algofobi; ağrı korkusu, ağrıdan aşırı derece korkma, acı verici duyuma ve bu duyumu meydana getirebilecek her şeye karşı duyulan aşırı derece korku anlamına gelmektedir. Ağrıya karşı duyulan korku, bireyin geçmişteki ağrı deneyimleriyle bağlantılı olup, özellikle de yeterli baş edilemeyen ağrılı durumlar sonucunda daha çok artmaktadır (38,39).

Tekrarlayan ve baş edilemeyen ağrı deneyimleri yaşamış olan bir bireyde ağrıya karşı korku duygusu gelişebilmektedir (38,39). Yapılan çalışmalarda (26,27,31) kendi deneyimlerinden yola çıkan ve empatik yaklaşım gösteren hemşirelerin kendi ağrı ile baş etme yollarının hastaya bütüncül yaklaşım ve tedavi sürecinde ağrıya yaklaşımda etkili olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirenin kendi ağrı inançlarını, dolayısıyla ağrının depresyon ve anksiyete ya da zarar görme ve yaralanma kaynaklı olup olmadığını bilmesinin, benzer şekilde kendi ağrı korkularının farkında olup, hafif, şiddetli ya da tıbbi olayların hangisinin daha çok ağrıya sebep olduğunu bilmelerinin ağrısı olan hastaya yaklaşımlarını ve yapacakları uygulamaları etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu görüşlerden yola çıkarak hemşire olma yolunda ilerleyen öğrencilerin ağrı inançlarının ve ağrı korkularının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Yapılan literatür incelemesinde hemşirelik öğrencilerinde ağrı inançlarına yönelik çalışmaların (27,30,33) yetersiz olduğu görülmüştür. Ağrı korkusu ve anksiyete ile ilgili hasta grupları ile yapılmış bazı çalışmalara (40-44) rastlanmış ancak hemşirelerde ya da öğrenci hemşirelerde ağrı korkusuna ilişkin yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak hemşire olma yolunda ilerleyen öğrencilerin ağrı korkularının, ağrı inançlarının ve etki eden faktörlerin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesinin, öğrencilerin ağrıya yaklaşımlarının belirlenmesine katkı sağlayacağı böylece mesleğe başladıklarında ağrı konusunda hastalara yaklaşımlarında yol gösterici olacağı ve gelecekteki araştırmalara temel olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları düzeyi nedir?
2. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı korkuları düzeyi nedir?
3. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı korkularını etkileyen faktörler nelerdir?
5. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; “Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, bireyin geçmişteki deneyimlerinden etkilenen, hoş olmayan emosyonel bir durum, davranış şeklidir (2-9). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP)’na göre ise ağrının tanımı: “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyimdir”. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznelidir (10-14).

Ağrı; yalnızca ağrıyı yaşayan kişi tarafından tanımlanabilen, yoğunluğu ve özelliğine göre kişiden kişiye değişiklik gösterebilen, biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel değişkenlerden etkilenen bir kavramdır. Ağrı, beden ve zihin için hoş olmayan bir duygu, rahatsız eden bir durumdur. Ağrı kişinin canını yakar ve o kişiyi yorar (6,11). Ağrı, dokunun hasar gördüğü her durumda ortaya çıkar ve bireyin ağrılı uyarandan uzaklaşmasına neden olan bir tepki oluşturur (45). Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı hoş olmayan bir duysal ve duygusal deneyim olarak tanımlanır. Ağrı, sağlık hizmeti almak için en yaygın sebepler arasında yer alır. Ağrı birçok hastalığın, tanı testinin ve tedavinin sonucu olarak ortaya çıkabilir ve tek bir hastalığa bağlı değildir (46).

Her insan hayatının bir döneminde ağrı yaşar. Her ne kadar ağrı, insanların sağlık hizmeti aramasının en yaygın nedenlerinden biri olsa da, tam olarak çözülememiştir. Ağrı yaşayan kişi sıkıntı hisseder ve rahatlamak ister. Ancak, hemşire hastanın ağrısını göremez veya hissedemez. Ağrı bu yönüyle tamamen öznelidir; iki kişinin hissettiği ağrı aynı değildir, ağrı her insanda farklı tepkiler ve duygular yaşatır (12).

McCaffery (1979), ağrıyı: “Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamıştır. Yapılmış olan bu tanım güven ilişkisini sağlamak için hastaya inanılması gerektiğini belirtir. Mekanizmasının ne olduğu farketmeksizin, ağrıdan şikayeti olan kişi, ağrısı olan kişidir (2,6,8,9,11,12,14,16,47).

Ağrı, süresine göre akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır:

Akut ağrı: Bir saniyeden daha uzun altı aydan daha kısa süren, bir rahatsızlık duygusu olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durumdur. Başlangıcı ani ve şiddetli şekildedir. Ağrı, basit bir iğne batmasından travmatik ekstremitte amputasyonuna kadar birçok sebepten kaynaklanabilir (8,16-18).

Kronik ağrı: Akut bir hastalıktan veya bir iyileşme sürecinden sonra ağrının devam etmesi ile kronik ağrı meydana gelmektedir. Bu süreç 1 aydan 6 aya kadar olan süreyi kapsar. Altı hafta süreyle ağrının kesintisiz devam etmesi klinik olarak kronik ağrı sınıfında değerlendirilir (2,8,17,18).

2.2. Ağrının Tarihçesi

Ağrı, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Ağrının, nedeni ve tedavisi ile ilgili sorular yüzyıllar öncesinden günümüze dek devam etmektedir ve tam olarak yanıt bulunamamaktadır. Tüm çağlarda insanların ağrı ile baş etmek için uğraş verdikleri, farklı düşünceler öne sürdükleri bilinmektedir. Ayrıca ağrı ile başa çıkmak için büyü, din, batıl inançlar, felsefe ve pratik yaklaşımlar gibi çok çeşitli yöntemler kullandıkları bilinmektedir. Örneğin; ağırlı vücut bölgelerine soğuk su uyguladıkları ve güneşte ısıttıkları taşları ağırlı bölgeye koyarak tedavi etmeye çalıştıkları bilinmektedir (11,48). Eski Mezopotamya, Mısır, Çin, Hint, Yunan ve Roma Uygarlıklarında ağrının günahlar için Tanrının insana verdiği ceza olduğuna ya da ağrısı olan kişinin kötü ruh tarafından ele geçirildiğine inanılmıştır (49).

Helenistik dönemde Alcmaeon ilk kez, beynin duyuların merkezi olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır. Fakat o dönemde fazla ciddiye alınmamış ve sonrasında

ağrının tanınması, ilaçla tedavi edilmesi konusunda İbn-i Sina'nın çalışmalarının temelini sağlamıştır. Hipokrat ve öğrencileri ise ağrı sorununa çok önem vermiştir, klinik ortamda insanların ağrı yaşamalarını engelleyici birçok madde üzerinde çalışmış (afyon, adam otu, baldıran), bunları sakinleştirici tedavide ve fizik tedavide kullanmıştır (11,16).

2.3. Ağrı Teorileri

Ağrı kontrolünde yardımcı, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemlerinin etkisini açıklayan bazı teoriler bulunmaktadır.

2.3.1. Spesifik Teorisi

Von Frey tarafından öne atılan teoridir. Derinin her bir noktası uyarıldığında ağrı, basınç, sıcak, soğuk gibi farklı duyları algılayan ağrı reseptörleri mevcuttur. Gelen her uyarı beyinde değerlendirilir. Bu teoride ağrının tipine göre, ağrılı uyarıların periferden spinal korda, oradan da talamus ve korteksteki spesifik merkezlere iletiliminin spesifik ağrı yolları ile olduğu ifade edilmektedir (8,11,50)

2.3.2. Pattern (Model) Teorisi

Goldscheider ağrı duyusunun periferde aynı şekilde algılanmasına rağmen ayrı ağrı reseptörleri olmadığını, sinir lifleri ve hücrelerden geçen elektriksel uyarının sıklık ve kuvvetine göre ağrının farklı şekilde algılandığını ileri sürmüştür. Bu teorisin önemli dayanağı olan summasyon (eklenme) kavramına göre ağrılı uyarılar (impuls) spinal korda geçtikten sonra ağrının hissedilebilmesi için uyarının birikmiş olması gerekmektedir. Bu teoriye intensivite teorisi de denilmektedir (8,11).

2.3.3. Kapı Kontrol Teorisi

Ağrının psikolojik ve fizyolojik bileşenlerini açıklamada tüm teoriler yetersiz kalmıştır. Bu noktada başarılı olan tek teori ise “Kapı Kontrol Teorisi (KKT)” olarak adlandırılmıştır. Ağrının iki bileşenini de açıklamayı başaran bu teori Patrick Wall ve Ronald Melzack tarafından 1965 yılında öne çıkarılmış ve ağrı ile ilgili kavram ve kuramları değiştiren bir devrim olarak kabul edilmiştir (8,11,14,25,45). Bu teori, psikolojik faktörlerin ağrı algısına etki ettiğini öne süren ilk teoridir (46).

KKT’nin üç önermesi vardır:

1. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
2. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder.
3. Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşmaz ve ağrı hissedilmez.

Bu teorinin giderilmesine katkı sağlayan üç yönü şöyledir;

- * Deri uyarısı yoluyla ağrı giderilebilir.
- * Normal ya da aşırı girdi ağrıyı giderebilir.
- * Ağrının nedeni ve giderilmesi konusunda kişiye doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlayarak, anksiyete ve depresyonu azaltır ve ağrıyı giderebilir (2,8,16,45).

2.3.4. Endorfin Teorisi

Ağrı uyarısının iletimini bloke eden endorfinler, ağrı liflerini uyaran ve kan ya da spinal sıvıya da geçen bradikinin ve histamin gibi kimyasal maddelerin salınımını inhibe ederek ağrının algılanma seviyesini düşürmektedirler (2,16). Doğal maddeler olan endorfinlerin bu özelliklerinin yanı sıra narkotiklere (opioidlere) göre yararlarının çok, kontraendikasyonlarının az olması nedeniyle bireyin kendi endorfinlerini arttırmaya yönelik çalışmaların önemine yer verilmesi gündeme gelmektedir. Bazı deri uyarım tekniklerinin etkisi, vücudun doğal morfini olan endorfinlerin salınımını arttırmakta, sonuç olarak ağrı duyumu ya azaltılmakta ya da

ortadan kaldırılmaktadır (16). Sıcak uygulama, soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, masaj ve dokunma, ağrı duyumunu azaltan deri uyarım teknikleridir (12). McCoullough (51)'un çalışmasında da ağrının giderilmesinde kullanılan bu tekniklerin ağrıyı gidermede etkili olduğu görülmüştür.

2.4. Ağrıda Tedavi Yöntemleri

Ağrı farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile kontrol edilebilmektedir. Farmakolojik yöntemler ilaçla tedaviyi kapsarken, nonfarmakolojik yöntemler ilaç dışı tedaviyi kapsamaktadır (8,9,46).

2.4.1. Farmakolojik Yöntemler

Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünün sağlanması hekim ve hemşire arasında bir ekip işidir. Hekim hastanın ağrısına göre ilaç istem eder, hemşire ilacı uygular ve ilacın etkileri, sonuçlarına yönelik değerlendirme yaparak hekimi bilgilendirir. Bu sebeple ağrının farmakolojik kontrolünde ekip yaklaşımı oldukça önemlidir. Hemşirenin ağrı tedavisinde başarılı olabilmesi için ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünü bilmesi ve ağrı takibini diğer ekip üyeleri ile etkili bir şekilde yapabilmesi gerekmektedir (16,52).

Günümüzde ağrı kontrolünde çoğunlukla farmakolojik yöntem olarak analjezik tedavisi kullanılmaktadır. Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, hızlı uygulanabilir olması ve hızlı etki göstermesi nedeniyle en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Analjeziklerin bilinçsiz ve yoğun bir şekilde kullanılmasının birçok açıdan olumsuz sonuca yol açar. Bunlar, kişi ve ülkeye getirdiği ekonomik yük, bazı fizyolojik fonksiyonların bozulması ve özellikle narkotik ilaçların kullanıldığı durumlarda her defasında dozun artırılması gerekçesiyle kişide tolerans gelişmesi gibi olumsuzluklardır (16,20,21).

Kullanılan farmakolojik yöntemlerden bazıları;

2.4.1.1. Opioidler

Opioid analjezikler çok şiddetli ağrının tedavisinde kullanılabilen tek ilaç grubudur. Ağrı tedavisi yapan hekimlerin ve hemşirelerin bu önemli ilaçların etkilerini ve doğru kullanımını çok iyi bilmeleri gerekir. Opioid analjezikler (morfin, kodein, metadon, meperidin, pentazosin vb) organizmadaki endojen opioid sisteminin reseptörlerini aktive ederek etki göstermektedirler (11,53). Güçlü analjezik etki ile birlikte santral sinir sistemi üzerinde de yaygın depresif etki ederler (8). Opioidlerin uygulama amacı ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır; uygulama yolu, dozu ve sıklığı hastaya göre belirlenir (46).

2.4.1.2. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ)

NSAİİ'ler ağrı iletimini azaltmak için periferik sinir reseptörleri üzerinde etkilidir ve prostaglandinlerin sentezini inhibe ederek etki ettiği düşünülmektedir. Aspirin ve ibuprofen gibi ilaçlardır. Baş ağrısı veya kas gerginliği gibi hafif-orta şiddette ağrıları rahatlamayı sağlar. Ameliyat sonrası hafif ve orta şiddette ağrılarda, kontrendike değilse tedavi NSAİİ ile başlar (12). NSAİİ'ler antipiretik, antiinflamatuvar ve analjezik etkilere sahiptirler. Ancak analjezik etkileri opioid analjeziklere göre oldukça düşüktür (8).

2.4.1.3. Adjuvan Ajanlar

Adjuvan ajanlar asıl olarak ağrı tedavisi için değil, başka hastalıkların tedavisi için üretilmiş ve kullanılmakta iken, bazı ağrı sendromlarının tedavisinde analjezik etki gösteren ilaçlardır. Adjuvan ilaçlar: kas gevşeticiler, alfa-2 adrenerjik agonistler ve radyofarmasötikler gibi pek çok farmakolojik ilaç gruplarını içerirler. (8,16,53). Bu ilaçlar tek başına, opioidlerle veya NSAİİ'lerle kullanılabılır (9).

2.4.1.4. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)

Ameliyat sonrası ağrının yanı sıra kalıcı ağrıyı yöneten HKA, hastaların önceden belirlenmiş güvenlik sınırları dahilinde kendi ilaçlarını kontrol etmelerini sağlar. Bu yaklaşım oral analjezik ajanların yanı sıra intravenöz, subkutan veya epidural yollarla opioid analjezik ağların sürekli infüzyonları ile birlikte kullanılabilir (8,46). HKA, hastanın fazla doz ilaç alma riski olmadan kendi kendine ilaç uygulaması yöntemidir. Amaç, ilaç dozu kontrol altında tutularak analjeziğin belirli aralıklarla hasta isteği ile yönetilmesidir (8,16,18,54).

2.4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Ağrı tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra pek çok nonfarmakolojik yöntem de kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ilaçların etkisini arttıran, farmakolojik yöntemlerin kullanılmadığı durumlarda ise vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını artırarak ağrının azalmasına yardımcı olan uygulamalardır. Ağrıyı gidermede ya da azaltmada uygulanabilecek nonfarmakolojik yöntemler; masaj, sıcak-soğuk uygulamalar, bitkisel tedavi, müzik tedavisi gibi uygulamaları içerir (2,16,20). Nonfarmakolojik yöntemler, genellikle hasta için düşük risk taşıyan ağrı giderilmesinde yardımcı yöntemlerdir (46).

Genellikle uygulanan nonfarmakolojik yöntemler şu şekildedir:

2.4.2.1. Müzik Tedavisi

Müzikle tedavi, en eski tedavi yöntemlerinden biri olarak bilinmektedir ve çok uzun yıllardır çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Müzik tedavisi, beynin sağ hemisferine ulaşarak, limbik sistem üzerinden psikofizyolojik yanıtlara neden olur, bu yolla endorfin salınımını artırarak ağrının şiddetinin azalmasına neden olur (55,56). Müzik tedavisi, ağrı ve kaygıyı azaltmak için kullanılan ucuz ve etkili bir terapidir (46). Müzikle tedavinin ağrı ve

anksiyetenin tedavilerinde, vücut direncinin artırılmasında, immün fonksiyonların aktive olmasında, yaşam kalitesini arttırmada, manevi iyileşmede kullanıldığı bilinmektedir (8,16,56). Farklı hasta grupları ile yapılan bazı çalışmalarda (57,58,59), müzik tedavisinin hastalarda ağrıyı azaltma ve gidermede etkili olduğu belirlenmiştir.

2.4.2.2. Masaj

Masaj vücudun iyileşmesi için kullanılan en önemli yöntemlerden biridir ve çeşitli masaj teknikleri (efloraj, petrisaj, friksiyon ve tapotman gibi) vardır. Bu teknikler kullanılarak, ağrı impulslarının bloke edilmesi yoluyla, kas spazmları giderilir, vücut gerginliği azaltılır ve rahat bir uyku sağlanır. Masaj, yumuşak dokuların elle veya mekanik olarak uyarılmasıyla gerçekleşir. Masajın kaslarda meydana getirdiği hoşnutluk verici gevşeme, aynı zamanda zihinsel rahatlamayı da sağlamaktadır (60,61). Kapı kontrol teorisi de masaj uygulaması sonucu liflerin uyarılmasıyla, ağrı uyarılarının azaltılabileceğini göstermektedir (8,46). Masajda friksiyon, topatman, petrisaj, efloraj gibi teknikler uygulanmaktadır (8).

2.4.2.3. Uyku

Uyku, bilincin geçici olarak kaybolması sonucu, sinir duyusunun ve istemli kas hareketlerinin azalmasıyla ortaya çıkan olağan, geçici, periyodik ve psikofizyolojik bir olaydır. İnsan yaşamının yaklaşık üçte biri uykuyla geçmektedir ancak uykunun tam olarak açıklanmamasıyla birlikte fizyolojik süreç olduğu belirtilmektedir (62). Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, depresyon gibi durumlar ağrı eşiğini azaltırken; uyku, dinlenme, sempati, analjezik ve antidepresan kullanımı gibi durumlar da ağrı eşiğini yükseltmektedir (16).

2.4.2.4. Sıcak Soğuk Uygulama

Sıcak-soğuk uygulamalar, ağrıyı hafifletmek ve iyileşmeyi hızlandırmak için kullanılmaktadır. Bu uygulamalar ağrıyı ısı reseptörleri aracılığıyla inhibe ederek reflekslerin uyarılmasını sağlar (8,9,60). Sıcak uygulama kas spazmını giderir ve dokuların viskoelastik özelliklerinde değişmeye neden olarak sinir uçlarındaki baskı ve gerilme gibi etkileri azaltıp analjezik etki sağlamaktadır. Diğer taraftan vazodilatasyon ile dolaşımın hızlanması, ağrıyı uyaran metabolik artıkların bölgeden uzaklaştırılmasına neden olmaktadır. İskemi sonucu gelişen gerilim tipi ağrıda da bölgenin kanlanmasını sağlayarak analjezik etki sağlamaktadır (61).

Soğuk uygulamalar, basit ve ucuz bir tedavi yöntemi olmasıyla birlikte ağrının ilaç dışı tedavisinde önemli yere sahiptir (8,9,63,64). Ağrının azalmasında soğuk uygulama, iki yolla etki eder. Birincisi, inflamasyon ya da travmadan kaynaklanan ödem, şişlik ve kas spazmının ortadan kalkmasıyla dolaylı olarak ağrının azalması, ikincisi ise periferik sinirlerin iletim özelliklerini değiştirerek deri duyarlılığını azaltarak doğrudan etki gösterir (63,64). Bu etkilerin dışında Kapı-Kontrol mekanizmasını çalıştırarak dokunma reseptörlerinin uyarılmasıyla ve endojen opioidlerin salınımının artması yoluyla da ağrıyı azaltmakta ya da gidermektedir (2,20,65).

2.4.2.5. Dikkati Başka Yöne Çekme

Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında başka bir şeye odaklanmasıdır (2,8,18). Hasta, dikkatini başka yöne çekerek ağrıyı hissetmekten kendini korumaktadır. Bu yöntem hastanın ağrısını tamamıyla yok etmeyebilir ancak ağrıya olan toleransı artırır (8,66). Müzik dinleme, televizyon izleme, kitap okuma ve düşünme dikkati başka yöne çekmek için kullanılan yöntemlerdendir (8,9).

2.4.2.6. Gevşeme Teknikleri

Gevşeme, bireylere kendi kendini kontrol etme hissi veren gerginlik veya stres sonrası zihinsel ve fiziksel özgürlüktür (12). Gevşeme stresi azaltır, akut anksiyeteyi azaltır, kas gerginliğini azaltır, yorgunluk ile savaşı, uykuyu kolaylaştırır ve diğer ağrı kesici önlemlerin etkinliğini artırır (9). Gevşeme teknikleri, santral sinir sisteminin ve sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucu kas gerginliği oluşturarak ağrıya etki etmektedir. Hastalara solunum egzersizi yaptırmak da gevşeme tekniklerinden biridir (46,67,68). Solunum hastanın burundan nefes alıp ağzından nefesi verme şeklinde uygulanmaktadır (68). Kas egzersizleri de ağrıya neden olan gergin kasları gevşeterek ağrının azalmasını sağlamaktadır (9,46). Gevşeme tekniklerinin hastaya öğretilmesi için hemşire bilgi sahibi olmalıdır ve eğitimin etkili olabilmesi için öncesinde hastanın ağrısı analjeziklerle kontrol altına alınmalıdır (8).

2.4.2.7. Akupunktur

Akupunktur çok eski yıllara sahip tedavi yöntemlerinden biridir. Çin İmparatoru Huangdi Neijing'in M.Ö 200 yıllarında ilk yazılı kaynak olan “Sarı İmparatorun Dahili Tıp Kanunları” adında yazmış olduğu kitap, zamanımıza kadar gelmiştir. Akupunktur yönteminde, baş, kulak ve vücudun farklı yerlerindeki noktalara “meridyen denilen hayali çizgiler” üstüne iğne uygulaması yapılmaktadır. Akupunktur tedavisine genellikle üç veya dört haftalık tedavi sürecinde yanıt alınmaktadır. Kronik hale gelmiş şikayetlerde ise, ilk altı seans sonrasında iyileşmenin başlaması beklenmektedir (69). Akupunktur noktalarının elektromagnetik sinyal iletiminde rol aldığı ve bu noktaların uyarımının santral sinir sisteminde opioid salınımını artırarak ağrıyı azaltma yada tamamen gidermeye etki ettiği bilinmektedir (8,70). Akupunktur çok çeşitli ağrılar için kullanılabilir (9).

2.4.2.8. Hipnoz

Akut ve kronik ağrılı hastalarda ağrının giderilmesinde veya analjezik ajanların miktarının azaltılmasında etkili olan hipnoz, özellikle şiddetli ağrı durumlarında ağrının azalmasına neden olabilir. Hipnozun etki gösterdiği mekanizma net değildir, etkinliği, bireyin hipnotik duyarlılığına bağlıdır (46). Değişen duyu durumu, psikolojik durum ve dikkatin belirli bir duruma odaklaşmasını sağlayan, minimal motor fonksiyonu içeren, kompleks bir yöntemdir (8,22). Hipnozda analjezik etki üç mekanizma yoluyla gerçekleşmektedir: kas gevşemesi, algısal değişme ve bilişsel dikkati çekme (8). Hipnoz sadece özel olarak eğitilmiş klinisyenler tarafından uygulanmalı ve izlenmelidir (9).

2.4.2.9. Bitkisel Yöntem

Birçok kişi ekinezya, ginseng ve sarımsak takviyeleri gibi şifalı bitkiler ile ağrısını azaltmaya/yok etmeye çalışmaktadır (46). Kullanılan bitkisel yöntemler, reçete edilen analjezik ile etkileşime girebilir; bu nedenle ağrılı kişinin kullandığı bitkisel yöntemler hemşire tarafından kaydedilmelidir (46,71). Bitkisel ürünlerin tercih edilme nedeni, doğal kaynaklı olması ve yan etkisinin olmadığı düşüncesidir. Fakat bitkisel ürünlerin doğal olması güvenli olduğu anlamını taşımaz (72).

2.5. Ağrıda Hemşirenin Rolü

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) ağrının giderilmesini hemşirelik hedeflerinden biri olarak belirlemiştir. Bu hedefe ulaşabilmek için hemşire, ağrı yönetiminde çok önemli bir role sahiptir. Hemşirenin, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi, gerektiğinde bunlardan faydalanması, ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya anlatması, rehberlik etmesi, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını takip etmesi, empatik yaklaşım sağlaması gerekmektedir (8,13,16,19,21).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), ağrı değerlendirmesi ve yönetiminin tüm hemşirelerin pratiği kapsamında olduğuna inanmaktadır. ANA'ya göre ağrı statik değil dinamiktir, diğer yaşamsal bulgularla birlikte ağrıyı düzenli olarak izlemek gerekir. Bu nedenle hemşireler için ağrı değerlendirmesinin sadece bir sayı olmadığı, ağrının da bir yaşamsal bulgu olduğu önemle vurgulanmaktadır (12).

Ağrı bir hastalık olarak değil semptom olarak değerlendirilmektedir. Hasta değerlendirilirken, ağrının yeri, sıklığı, azaltan ve arttıran faktörler, eşlik eden hastalıkları, kullandığı ilaçlar, önceki tedavileri, ağrının yoğunluk ve kalitesi, genel fizyolojik ve psikolojik muayenesi detaylı bir şekilde öğrenilmeli ve hasta takip edilmelidir. Ağrının kapsamlı değerlendirilmesi yapılırken, yatan hastalarda yaşamsal bulgularla birlikte her gün, ayaktan tedavi alanlarda her tedavi küründe değerlendirilir (9,12,73). Ağrının ölçümünde; ağrı türüne ve her hastaya uygun yöntem seçilerek bazı ölçeklerden yararlanılır. Günümüzde sık olarak kullanılan ölçekler aşağıda belirtilmiştir (8,16).

Tek boyutlu ölçekler,

- *Sözel kategori ölçeği
- *Sayısal ölçekler
- *Görsel Kıyaslama Ölçeği(GKÖ)
- *Burford Ağrı Termometresi (BAT)

Çok boyutlu ölçekler,

- *Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- *Dartmount Ağrı Soru Formu
- *West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- *Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- *Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- *Ağrı Algılama Profili Davranış Modelleri'dir.

Ağrı yönetiminin; multidisipliner bir yaklaşım ve bir ekip çalışması gerektirdiği bilinmektedir. Ancak ağrı yönetiminde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran birçok özellik vardır. Bu özellikler; hemşirenin ağrılı hasta ile daha uzun bir süre beraber olması, hastayı daha yakından gözlemlemesi ve değerlendirmesidir.

Ağrıyı tamamıyla gidermek her zaman mümkün olmayabilir. Önemli olan hastanın kendini rahat hissettiği sınırlara kadar ağrıyı azaltmaktır (9,19). Georgiou ve arkadaşları (74) tarafından yapılan 10 araştırmanın incelendiği sistematik çalışmada, doğru ağrı değerlendirilmesi ve ağrı yönetiminin, mekanik ventilasyonda kalış süresi, morbidite ve mortalite üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Ağrı yönetimi programı, hemşireler tarafından kaliteli hasta bakımının bir parçası olarak kabul edilmektedir. Buradaki en büyük amaç, tüm hastalara kaliteli bir bakım uygulayarak ve gerektiğinde farmakolojik, nonfarmakolojik yöntemler de kullanarak daha iyi sonuçların sağlanmasıdır (16). Ağrı tedavisinde önemli görülen çoğunlukla ağrının hafifletilmesidir. Ancak hemşirelikte ağrıya yaklaşım, ağrının hafifletilmesi teriminden daha önemlidir (8,13,19).

Ağrının başarılı şekilde yönetilmesi, hemşire, hasta ve aile arasında güven ilişkisi kurulmasına bağlıdır. Ağrı değerlendirmesi yaptıktan sonra hemşire, ağrı yönetiminde hastaya uygun ilaç dışı yöntemleri belirleyebilir, bu yöntemleri hasta bireye öğretebilir, hasta ile birlikte uygulayabilir ve sonuçları değerlendirebilir (20). Etkili ağrı yönetimi için doğru ağrı değerlendirmesi gereklidir. Artık ağrı beşinci hayati bulgu haline getirilmiştir. Hastanın ağrısının kapsamlı değerlendirilmesi (fizyolojik, davranışsal, psikolojik, sosyal ve emosyonel) optimal ağrı kontrolü için gerekli temeli sağlar (14). Hastanın ve hemşirenin bireysel özellikleri, ikisinin etkileşiminde önemli bir belirleyicidir, her ikisi için de ağrının ne anlam taşıdığı önemlidir. Hemşirenin ağrıya karşı tutumu tedavinin başarısında çok önemlidir (2).

Kültür, değer ve inançlar insanların ağrıya karşı verdikleri tepkileri farklılaştırmaktadır. Dolayısıyla tüm bu etkenler; yaşadığı toplumun bir bireyi olan hemşirenin ağrıyla başa çıkmasına, ağrıya karşı tutumuna ve yaklaşımına etkili olabilmektedir. Hemşire hastanın kendisini ve ağrısını nasıl algıladığını, hasta için ağrının ne anlama geldiğini belirleyerek, hastaya ağrısı ile baş etmesinde eğitim verir ve destek sağlar. Dolayısıyla ağrısı olan hastanın bakımında hemşire hasta arasında güven ilişkisi kurulmuş olur ve bu da ağrı yönetiminin başarılı sürdürülmesi için önem taşır (11-13).

2.6. Ağrı İnançları

Kaynağını, kavram olarak sosyal psikolojiden alan inançların, bilişsel bakış açısında kişinin düşünce sisteminin temeli olarak kabul edildiği bilinmektedir. Kültürel inanç ve değerler, bireylerin ağrı ile başa çıkma becerilerini etkiler (12). Ellis inançların düşünceler, tutumlar veya imajlar olabileceğini ve duyguların da birincil belirleyeni olduğunu vurgulamıştır. Ellis'e göre inançlar sabit gerçekler değil hipotezlerdir; test edilebilir, gözlenebilir ve değiştirilebilirler. Bu açıdan bakmak ağrı tedavilerinde büyük önem taşımaktadır (11,35). Ağrı inançlarıyla ilgili literatüre bakıldığında, inançlar kavramının özellikle son yıllarda fazlaca önemsendiği ve bu konuda çalışmaların artmaya başladığı göze çarpmaktadır (27,29,30,31,32,33). Ağrı ile baş etme becerileri, farklı duygu durumları ve psikolojik işlevselliğin bu inançlardan etkilenme düzeyi de alanda yapılan çalışmaların temel konularını oluşturmuştur (35).

Ağrı inançları, baş etme becerileri, olumsuz duygu-düşünce yapılanmaları ya da ağrıya uyum gibi diğer bilişsel ve davranışsal yapıları etkileyen önemli bir terim olarak değerlendirilmektedir (35). Ağrı inançlarında, temelde psikolojik ve organik olarak iki kavrama yoğunlaşmıştır. Organik inanç kavramında kişiler ağrılarının vücutta yaralanma, zarar görme nedenli olduğunu düşünmektedir. Kişiler, hasar ve yaralanma ne kadar fazla ise ağrısının da o oranda fazla olabileceği inancına sahip olmaktadır. Psikolojik ağrı inancında ise kişiler ağrılarının depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerden kaynaklı olduğuna inanmaktadırlar (35). Edwards ve arkadaşlarının (75) yaptığı çalışmada kronik ağrısı olan hastalar ve ağrısı olmayan normal grup, ağrı inançları açısından karşılaştırılmış ve kronik ağrısı olan hastaların organik inançları daha yüksekken, kontrol grubu ağrı ile ilgili yaşanan problemlerin nedenini psikolojik faktörlere yüklemiştir.

Ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hastanın ağrı inançlarının sorgulanması, bu inançların bireyin ağrıyla baş etme yollarına etkisinin değerlendirilmesi ve bireye uygun bir baş etme yönteminin seçilmesi açısından hemşirelere çeşitli sorumluluklar düşmektedir (2). Ayrıca hemşire ağrı konusunda, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirerek ağrılı hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmelidir. Bu şekilde

yapılan değerlendirme ile hemşirenin ağrı ile ilgili kendi inançları ve deneyimlerinin bakımı olumsuz yönde etkilemesini önlemiş olur (76). Aynı zamanda kişinin ağrı deneyimleri ve kültürel alt yapılarının ağrı kontrolünü ve ağrıya yaklaşımı etkilediği bilinmektedir (12). Bu bilgilerden yola çıkarak hastanın ağrı inançları kadar hastaya bakım veren ve ağrı konusunda önemli rol üstlenen hemşirenin kendi inançlarını bilmesi ve bu doğrultuda hastaya daha etkili bakım vermesi son derece önemlidir. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler birer sağlık personeli adayı olduğundan ve mesleğe başlanıldığında ağrı tedavi sürecinde etkin rol üstleneceğinden daha eğitim sürecindeyken ağrı inançları üzerinde daha fazla durularak ağrılı hasta bakımında fayda sağlanması da kaliteli bakım için önemlidir .

2.7. Ağrı Korkusu

Ağrı ile korku/anksiyete arasındaki ilişkinin önemli olduğunu vurgulayan terimlerden biri de, “algophobia-algofobi” dir, bu terim ağrı ve korku kavramlarının bir arada bulunmasını ifade eder. Algofobi; ağrı korkusu, ağrıdan aşırı derece korkma, acı verici duyuma ve bu duyumu meydana getirebilecek her şeye karşı duyulan aşırı derece korku anlamına gelmektedir. Buna göre, ağrı ve korku ayrılmaz bir bütündür. Ağrının korkuya neden olduğu, korkunun da ağrıya olan hassasiyeti artırarak ağrıyı arttırdığı söylenebilir (38,39). Kişi tarafından algılanan ağrının derecesi ağrının anlamı ile ilgilidir. Ağrı ve korku arasındaki ilişki karmaşıktır. Korku genellikle ağrı algısını artırır, ancak ağrı da korku hissini uyandırır. İki duyuyu ayırmak zordur (12).

Ağrıya karşı duyulan korku, bireyin geçmişte yaşadığı ağrı deneyimleriyle bağlantılı olup, özellikle de yeterli baş edilemeyen ağrılı durumlar sonucunda daha çok artmaktadır. Tekrarlayan ve baş edilemeyen ağrı deneyimleri yaşamış olan bir bireyde ağrıya karşı korku duygusu gelişebilmektedir (38,39,46). Ağrı korkusu, yaşanan ağrı derecesinin ve ağrının vücuda verdiği zararın fazlalığı sonucu oluşur ve ağrıya neden olan faaliyetlerden kaçınılması gerektiği inancını doğurur (37). Ağrı korkusu olan kişiler kendi korkuları ve deneyimlerinden yola çıkarak (örneğin, ağrıya neden olan aktiviteleri kısıtlama) hareket edebilirler (77).

Ağrı korkusu ile ilgili hasta grupları ile yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Erdil'in (44) çalışmasında hastalarda ağrı korkusunun, öksürmeyi önleme, derin solunum yapmayarak daha yüzeysel ve etkisiz nefes almaya, fiziksel aktivitelerden kaçınmaya neden olabildiği ve günlük yaşam aktivitelerine katılımlarında kısıtlılığa yol açabildiği belirtilmektedir. Demircan ve arkadaşlarının (43) yaptığı bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ağrı düzeylerinin birbiriyle pozitif yönlü bağıntı gösterdiği, yüksek düzeyde kaygılı hastaların ağrı eşiğinin düştüğü, bu durumun cerrahi süresinin artmasına ve hasta uyumunun azalmasına yol açabileceği bildirilmiştir. Zale ve arkadaşlarının (41) ağrı korkusu ve güçsüzlük arasındaki ilişkiyi inceledikleri metaanalizde, ağrıya bağlı yaşanan korkunun artmasıyla yaşanan güçsüzlüğün de şiddetinin arttığı yönünde orta ve kuvvetli arasında değişen bir bağıntının olduğu bildirilmiştir. Ay ve arkadaşlarının (42) çalışmasında hastaların dişlerine yapılacak işlemlere yönelik korkunun sebepleri arasında, bireylerin geçmiş deneyimlerine bağlı olarak işlem sırasında ağrı yaşamaları ve yapılacak işleme yönelik ağrı yaşayacak olma beklentisi yer almaktadır. Bu görüşlerden yola çıkarak öğrencilerin, ağrı korkusu ölçeği doğrultusunda hafif olayların sebep olacağı ağrıdan mı, şiddetli olayların sebep olacağı ağrıdan mı, yoksa tıbbi olayların sebep olacağı ağrıdan mı daha fazla etkilendiklerinin bilinmesinin, kendi baş etme becerilerini geliştirmelerinde ve hastaya ağrı tedavisinde daha etkin bakım verebilmelerini sağlamada yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yapılmıştır. AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2011-2012 öğretim yılında eğitim-öğretime başlamıştır. Hemşirelik Bölümü'nün eğitim süresi dört yıl olup; eğitim dili Türkçedir. Hemşirelik bölümünde tam donanımlı hemşirelik beceri laboratuvarları, simülasyon laboratuvarı, bilgisayar laboratuvarı ve kütüphane bulunmaktadır. Hemşirelik Bölümü'nde 16 öğretim üyesi, iki öğretim görevlisi ve 18 araştırma görevlisi bulunmaktadır. Araştırmanın sürdürüldüğü dönemde toplam 530 öğrenci kayıtlıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri (N=530) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler alınmıştır. Öğrencilerden 74 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 61 kişiye ulaşamadığı ve dört öğrenci anketi uygun doldurmadığı için araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma, evrenin %73.8'ine ulaşılarak 391 öğrenci ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, üç ayrı veri toplama formu kullanılmıştır. İlki araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu (Form 1) (EK-1), ikincisi Ağrı İnançları Ölçeği (Form 2) (EK-2), üçüncüsü ise Ağrı Korkusu Ölçeği-III'dür (Form 3) (EK-3).

3.4.1. Form 1: Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu

Form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (2,16,27,30,33) hazırlanmıştır. Formda öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, sınıfı, kronik hastalığı, ağrı deneyimleri, ağrı durumunda kullandığı yöntemler, ağrılı hastaya yaklaşım ile ilgili soruları içeren toplam 13 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Form 2: Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)

Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir (75). Ülkemizde ise Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (35). Bu ölçekte ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde bulunmaktadır. Buna göre ölçek iki test alanından oluşmuştur: 8 maddeden oluşan “Organik İnançlar” ve 4 maddeden oluşan “Psikolojik İnançlar” alt boyutları bulunmaktadır. Her alt boyutun madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır: organik inançlar: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler, psikolojik inançlar: 4, 6, 9, 12. maddelerdir. Ölçekte maddeler 1’den 6’ya kadar değişen likert tipi puanlama (1-her zaman, 2-neredeyse her zaman, 3-sık sık, 4-bazen, 5-nadiren, 6-hiçbir zaman) ile derecelendirilmektedir. Her alt boyut için toplam puan, o alt boyuttaki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamakta, ölçeğin alt puanından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermektedir.

Organik ve psikolojik inançlar alt boyutlarından en yüksek 6, en düşük ise 1 puan alınabilmektedir (35). Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı organik inançlar alt boyutu için 0.71 ve psikolojik inançlar alt boyutu için de 0.73 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı organik inançlar alt boyutu için 0.61 ve psikolojik inançlar alt boyutu için 0.72 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Form 3: Ağrı Korkusu Ölçeği-III (AKÖ-III)

Ölçek McNeil ve Rainwater tarafından ağrıya yönelik yaşanan korku ve/veya anksiyetenin ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir (39). Ülkemizde ise Ünver ve Turan tarafından ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması 2018 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (38). Ölçek 30 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Katılımcılar ölçekte listelenen maddelere ilişkin yaşadıkları ağrı deneyimlerine göre duydukları korkunun şiddetini en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemektedir. Eğer bu maddelerde belirtilen ağrıyı hiç yaşamadıysa, yaşadığını varsayarak ne şiddette korku yaşamış olacağını işaretlemektedir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta ve her boyutta 10 madde yer almaktadır. Şiddetli ağrı korkusuna yönelik ölçek maddeleri 1,3,5,6,9,10,13,18,25,27; hafif ağrı korkusuna yönelik ölçek maddeleri 2,4,7,12,19,22,23,24,28,30; tıbbi ağrı korkusuna yönelik ölçek maddeleri 8,11,14,15,16,17,20,21,26,29'dur. Ters ifadesi olmayan ölçeğin puan değerlendirilmesinde, maddeler 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama (1-asla, 2-biraz, 3-oldukça, 4-çok, 5-aşırı) ile derecelendirilmektedir. Puanlamada 1-korkunun asla duyulmamasını, 5-korkunun aşırı duyulmasını ifade etmektedir. Toplamda alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 150'dir. Alt boyutlar için alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Ölçekte bireyin aldığı puanın yüksek olması, ağrı korkusunun da yüksek olduğunu göstermektedir (38). Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı şiddetli ağrı korkusu alt boyutu için 0.88, hafif ağrı korkusu alt boyutu için 0.86, tıbbi ağrı korkusu alt boyutu için 0.88, ağrı korkusu için 0.94 bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı şiddetli ağrı korkusu alt boyutu

için 0.86, hafif ağrı korkusu alt boyutu için 0.79, tıbbi ağrı korkusu alt boyutu için 0.79, ağrı korkusu için 0.90 bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, 11 Mart- 17 Mayıs 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmacı tarafından öncelikle dersin sorumlu öğretim elemanları ile görüşülerek bilgi verilmiş, öğrencilerin sınıf listelerine ulaşılmış, ardından veriler öğrenciler için uygun olan bir zamanda, dersin sorumlu öğretim elemanlarından da izin alınarak ders programına göre her sınıf için ayrı ayrı saatlerde ve sınıf ortamında toplanmıştır. Öğrencilere öncelikle araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmaya gönüllü öğrencilerden yazılı izin alınmış, ardından veri toplama formları dağıtılmıştır. Formların doldurulması her bir öğrenci için yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Daha sonra formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır. Sınıf listesinde ulaşılamayan öğrenciler için farklı günlerde tekrar sınıflara gidilmiş ve öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

- Ağrı İnançları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları,
- Ağrı Korkusu Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarıdır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

-Yaş, cinsiyet, sınıf, kronik hastalık durumu, ağrısı olduğunda başvurulacak yöntem, farmakolojik yöntem kullanma nedeni, ağrısı olduğunda başvurulacak nonfarmakolojik yöntem, ağrı yaşama sıklığı, yaşanan ağrının şiddetidir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmacı tarafından “Ağrı İnançları Ölçeği”ni araştırmada kullanabilmek için, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Hanife Özlem SERTEL BERK’den e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-7). Araştırmacı tarafından “Ağrı Korkusu Ölçeği”ni araştırmada kullanabilmek için, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Seher ÜNVER’den e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-8). Araştırmanın yapılabilmesi için AYBÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırmanın uygulaması için AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı’ndan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden araştırmaya ilişkin bilgilendirildikten sonra yazılı onam alınmıştır(EK-4).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven aralığı ile çalışılmıştır. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (78,79). Ağrı İnançları, Ağrı Korkusu ölçek ve alt boyut puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olduğundan normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Ağrı İnançları, Ağrı Korkusu ölçek ve alt boyut puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu parametrik olan test tekniklerinden t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. Ağrı İnançları, Ağrı Korkusu ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir ($P<0.05$).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (n=391).

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
$\bar{X} \pm SS = 20.5 \pm 1.4$ min= 16 yaş max=25 yaş		
Cinsiyeti		
Erkek	38	9.7
Kadın	353	90.3
Sınıf		
1.sınıf	104	26.6
2.sınıf	115	29.4
3.sınıf	101	25.8
4.sınıf	71	18.2
Kronik hastalık		
Var	22	5.4
Yok	369	94.6

Tablo 4.1’de öğrencilerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.5 ($\bar{X} \pm SS = 20.5 \pm 1.4$, min=16 yaş, max=25 yaş), %90.3’ü kadın ve %29.4’ü 2.sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin yalnızca %5.4’ünün kronik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Öğrencilerin ağrıya ilişkin özellikleri (n=391).

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%
Ağrısı olduğunda farmakolojik yöntem		
Başvuran	205	52.3
Başvurmayan	186	47.7
Ağrısı olduğunda farmakolojik yöntem kullanmama nedeni (n=170)*		
Ağrının geçmesini beklemeyi tercih etme	42	24.7
Ağrı kesici kullanmayı sevmeme	38	22.4
Ağrı kesicilerin yan etkileri olduğunu düşünme	33	19.4
Kendi kendine iyileşebileceğini düşünme	22	12.9
Ağrı kesicilerin alışkanlık yaptığına inanma	21	12.4
Nonfarmakolojik yöntem kullanmayı tercih etme	14	8.2
Ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yöntem		
Başvuran	315	81.2
Başvurmayan	76	18.8
Kullanılan nonfarmakolojik yöntemin çeşidi (n=336)**		
Sıcak-soğuk uygulama yapmak	100	30.2
Uyumak	100	30.2
Gevşeme-egzersiz yapmak	47	13.8
Dikkatini başka yöne çekmek	37	10.9
Müzik dinlemek	33	9.6
Bitkisel ürünler kullanmak	19	5.3
Ağrı yaşama sıklığı		
Ayda 1 defa	193	50.1
Haftada 1-2 defa	149	38.9
Haftada 3 ve daha fazla	19	4.7
Her gün	17	4.2
Diğer***	9	2.1
Genellikle yaşanan ağrının şiddeti		
Hafif	33	8.3
Orta	228	59.0
Şiddetli	99	25.5
Çok şiddetli	26	6.4
Dayanılmaz	5	0.8
Genellikle ağrı yaşanan bölge		
Baş-boyun	159	40.9
Karın	98	24.9
Sırt-bel	95	23.8
Bacak-diz	28	7.0
Kol-omuz	9	2.9
Hepsi	2	0.5

Tablo 4.2. Devamı.

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%
Genellikle yaşanan ağrının nedeni (n= 391)**		
Stres	189	48.3
Menstruasyon	183	46.8
Yorgunluk-uykusuzluk	163	41.7
Çevresel faktörler	105	26.9
Hastalık	65	16.6
Psikolojik	56	14.3
İnançlar	25	6.4
Diğer****	3	0.8
Ağrısı olan hasta ile karşılaşıldığında ilk hissedilen duygu		
Üzüntü	196	49.8
Endişe	69	17.6
Çaresizlik	35	8.6
Panik	34	8.2
Güçsüzlük	26	6.1
Diğer*****	17	5.1
Korku	14	4.6

*Soruyu cevaplamayan öğrenciler olduğundan n sayısı değişmiştir.

**Soruya birden fazla cevap verildiğinden n sayısı katlanmıştır.

***Diğer: Nadiren, ayda 2-3 defa, 2 haftada bir, 3 ayda 1 defa, hiç.

****Diğer: Yanlış postür

*****Diğer: Yardımcı olma, merak duyma, hiçbir şey hissetmeme, manipülatif yaklaşım, soğukkanlı olma.

Tablo 4.2’de öğrencilerin ağrıya ilişkin özellikleri yer almaktadır. Tabloda da belirtildiği gibi öğrencilerin yarısından fazlasının (%52.3) ağrısı olduğunda farmakolojik yöntemle başvurduğu belirlenmiştir. Farmakolojik yöntemle başvurmamayanların (%47.7) çoğunluğu (%24.7), ağrının geçmesini beklediğini belirtmiştir. Ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yöntemle başvuranların oranı %81.2 olup, nonfarmakolojik yöntem olarak öğrencilerin eşit oranda (%30.2) sıcak-soğuk uygulama yapmayı ve uyumayı, %13.8’inin gevşeme-egzersiz yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir.

Öğrencilerin yarısının (%50.1) ayda 1 defa, %59.0’unun orta şiddette, %40.9’sinin genellikle baş-boyun bölgesinde, yarısına yakınının (%48.3) genellikle stresten dolayı ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Ağrısı olan hasta ile ilk karşılaştığında öğrencilerin sırayla üzüntü (%49.8), endişe (%17.6) ve çaresizlik (%8.6) hissettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Öğrencilerin ağrı inançları ve ağrı korkusu ölçeği ile alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=391).

Ölçek ve Alt Boyutları	Ortalama	SS	Min	Max
Ağrı İnançları Ölçeği				
Organik İnançlar	3.69	0.58	1.88	5.50
Psikolojik İnançlar	2.62	0.83	1.00	5.00
Ölçek Toplam	3.15	0.56	1.69	5.13
Ağrı Korkusu Ölçeği				
Şiddetli Ağrı Korkusu	3.28	0.76	1.00	5.00
Hafif Ağrı Korkusu	2.55	0.65	1.00	5.00
Tıbbi Ağrı Korkusu	2.75	0.68	1.00	4.90
Ölçek Toplam	2.86	0.57	1.13	4.97

Tablo 4.2’de öğrencilerin ağrı inançları ve ağrı korkusu ölçeği ile alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi öğrencilerin “Organik İnançlar” alt boyutu puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 3.69 \pm 0.58$ (min=1.88, max=5.50) olduğu, “Psikolojik İnançlar” alt boyutu puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 2.62 \pm 0.83$ (min=1.00, max=5.00) olduğu ve Ağrı İnançları Ölçeği toplam puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 3.15 \pm 0.56$ (min=1.69, max=5.13) olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin “Şiddetli Ağrı Korkusu” alt boyutu puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 3.28 \pm 0.76$ (min=1.00, max=5.00) olduğu, “Hafif Ağrı Korkusu” alt boyut puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 2.55 \pm 0.65$ (min=1.00, max=5.00) olduğu, “Tıbbi Ağrı Korkusu” alt boyut puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 2.75 \pm 0.68$ (min=1.00, max=4.90) olduğu ve Ağrı Korkusu Ölçeği toplam puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 2.86 \pm 0.57$ (min=1.13, max=4.97) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Öğrencilerin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı (n=391).

Ağrı Korkusu Ölçeği		Ağrı İnançları Ölçeği		
		Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar	Toplam
Şiddetli Ağrı Korkusu	r	.007	-.204*	-.149*
	p	.891	.000	.003
Hafif Ağrı Korkusu	r	-.188*	.107**	-.019
	p	.000	.035	.708
Tıbbi Ağrı Korkusu	r	-.182*	.020	-.080
	p	.000	.694	.114
Toplam	r	-.140*	-.042	-.105**
	p	.005	.407	.038

*p<0.01; **p<0.05;

*** Pearson korelasyon testi yapılmıştır.

Tablo 4.3 de ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre, “Şiddetli Ağrı Korkusu” ile “Psikolojik İnançlar” ($p<0.01$, $r=-.204$) ve “Ağrı İnançları Ölçeği” ($p<0.01$, $r=-.149$) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Bu sonuç, öğrencilerin ağrı inançları ve psikolojik inançları arttıkça şiddetli ağrı korkusunun azaldığını göstermektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi, “Hafif Ağrı Korkusu” ile “Organik İnançlar” arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.01$, $r=-.188$), “Psikolojik İnançlar” arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.05$, $r=.107$) bulunmaktadır. Buna göre organik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı korkusu azalmakta ancak psikolojik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı korkusu artmaktadır.

Tabloda “Tıbbi Ağrı Korkusu” ile “Organik İnançlar” arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.01$, $r=-.182$) olduğu görülmektedir. Buna göre organik inançları yüksek olan öğrencilerin tıbbi ağrı korkusu azalmaktadır.

“Ağrı Korkusu Ölçeği” ile “Organik İnançlar” ($p<0.01$, $r=-.140$) ve “Ağrı İnançları Ölçeği” ($p<0.05$, $r=-.105$) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre organik inançları ve ağrı inançları yüksek olan öğrencilerin ağrı korkusu azalmaktadır.



Tablo 4.5. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılması (n=391).

Sosyo-demografik Özellikler	n	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar	Ağrı İnançları Ölçeği	Şiddetli Ağrı Korkusu	Hafif Ağrı Korkusu	Tıbbi Ağrı Korkusu	Ağrı Korkusu Ölçeği
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet								
Erkek	38	3.48±0.59	2.74±0.85	3.11±0.56	2.80±0.68	2.38±0.61	2.45±0.55	2.54±0.50
Kadın	353	3.71±0.58	2.60±0.83	3.16±0.56	3.33±0.75	2.57±0.66	2.78±0.68	2.89±0.57
İstatistiksel değerlendirme*		T= -2.329 p= .020	T= 0.941 p= .347	T= -.510 p= .610	T= -4.125 p= .000	T= -1.727 p= .085	T= -2.897 p= .004	T= -3.639 p= .000
Sınıf								
1.sınıf ¹	104	3.70±0.59	2.52±0.80	3.11±0.54	3.29±0.76	2.53±0.67	2.67±0.64	2.83±0.55
2.sınıf ²	115	3.81±0.57	2.55±0.83	3.18±0.58	3.34±0.80	2.49±0.69	2.76±0.74	2.86±0.63
3.sınıf ³	101	3.71±0.55	2.65±0.88	3.18±0.58	3.33±0.78	2.58±0.69	2.74±0.69	2.88±0.62
4.sınıf ⁴	71	3.44±0.58	2.82±0.79	3.13±0.52	3.08±0.66	2.62±0.53	2.88±0.61	2.86±0.45
İstatistiksel değerlendirme*		F= 6.110 p= .000	F= 2.213 p= .086	F= .396 p= .756	F= 2.035 p= .109	F= .644 p= .587	F= 1.362 p= .254	F= .131 p= .942
İkili Karşılaştırma**								
		1-4						
		2-4	-	-	-	-	-	-
		3-4						
Kronik hastalık								
Var	22	3.68±0.61	2.80±0.94	3.24±0.67	3.56±0.75	2.67±0.81	3.05±0.84	3.09±0.65
Yok	369	3.68±0.58	2.61±0.82	3.15±0.55	3.26±0.76	2.54±0.65	2.74±0.67	2.85±0.57
İstatistiksel değerlendirme*		T=-1.563 p= .119	T=-1.182 p= .238	T=-1.701 p= .090	T=1.762 p= .079	T=-.447 p= .655	T=1.004 p= .316	T=1.006 p= .315

* One –Way ANOVA testi yapılmıştır.

** T- Testi yapılmıştır.

Tablo 4.5’de öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Tablodan da görüldüğü gibi kadın öğrencilerin organik inançlar ($\bar{X} \pm SS = 2.60 \pm 0.83$), şiddetli ağrı korkusu ($\bar{X} \pm SS = 3.33 \pm 0.75$), tıbbi ağrı korkusu ($\bar{X} \pm SS = 2.78 \pm 0.68$) alt boyutları ile ağrı korkusu ölçeği puan ortalamasının ($\bar{X} \pm SS = 2.89 \pm 0.57$) erkeklerden daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Öğrencilerin sınıfları ile organik inançlar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre 4.sınıf öğrencilerinin organik inançlar puanının diğerlerinden anlamlı düzeyde daha düşük ($\bar{X} \pm SS=3.44 \pm 0.58$) olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin yaşları ve sınıfları ile ağrı korkusu ve alt boyut puanları arasında cinsiyetleri ile psikolojik inanç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Öğrencilerin kronik hastalıkları ile ağrı inançları ve ağrı korkuları arasında ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).



Tablo 4.6. Öğrencilerin ağrıya ilişkin özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılması (n=391).

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar	Ağrı İnançları Ölçeği	Şiddetli Ağrı Korkusu	Hafif Ağrı Korkusu	Tıbbi Ağrı Korkusu	Ağrı Korkusu Ölçeği
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Ağrısı olduğunda farmakolojik yönetime								
Başvuran	205	3.64±0.55	2.57±0.80	3.11±0.52	3.34±0.78	2.53±0.67	2.79±0.68	2.89±0.59
Başvurmayan	186	3.73±0.62	2.67±0.87	3.20±0.59	3.20±0.74	2.56±0.64	2.72±0.68	2.83±0.56
İstatistiksel değerlendirme*		T= .002 p= .999	T= 1.026 p= .306	T= .765 p= .445	T= 1.757 p= .080	T= .828 p= .408	T= 2.082 p= .038	T= 1.918 p= .056
Ağrısı olduğunda nanfarmakolojik yönetime								
Başvuran	315	3.73±0.57	2.56±0.82	3.14±0.55	3.34±0.77	2.56±0.68	2.76±0.69	2.89±0.59
Başvurmayan	76	3.48±0.62	2.88±0.80	3.18±0.58	3.01±0.63	2.48±0.53	2.70±0.67	2.73±0.47
İstatistiksel değerlendirme*		T= 3.279 p= .001	T= 3.001 p= .003	T= -.496 p= .620	T= 3.313 p= .001	T=1.213 p= .227	T= .724 p= .469	T= 2.458 p= .015
Ağrı yaşama sıklığı								
Her gün ¹	17	3.48±0.65	2.72±1.19	3.10±0.75	3.23±0.78	2.91±0.74	2.83±0.79	2.99±0.67
Haftada 1-2 defa ²	149	3.57±0.58	2.60±0.73	3.09±0.50	3.26±0.74	2.53±0.62	2.75±0.65	2.84±0.55
Haftada 3 ve daha fazla ³	19	3.69±0.61	2.22±1.07	2.96±0.73	3.48±0.66	2.26±0.57	2.74±0.64	2.83±0.47
Ayda 1 defa ⁴	193	3.76±0.56	2.62±0.84	3.19±0.55	3.32±0.78	2.58±0.66	2.76±0.70	2.89±0.59
Diğer ⁵	9	4.03±0.64	2.53±0.45	3.28±0.46	2.88±0.75	2.33±0.87	2.45±0.77	2.55±0.68
İstatistiksel değerlendirme*		F= 3.470 p= .008	F= 1.068 p= .372	F= 1.354 p= .249	F= 1.023 p= .395	F= 2.442 p= .046	F= .463 p= .763	F= 915 p= .455
İkili Karşılaştırma	2-4							
Genellikle yaşanan ağrının şiddeti								
Hafif ¹	32	3.77±0.7	3.03±0.88	3.4±0.61	3.1±0.73	2.53±0.58	2.72±0.67	2.79±0.52
Orta ²	227	3.67±0.53	2.6±0.76	3.13±0.53	3.25±0.76	2.55±0.65	2.76±0.66	2.85±0.57
Şiddetli ³	98	3.69±0.66	2.53±0.91	3.11±0.63	3.38±0.79	2.52±0.62	2.7±0.68	2.86±0.58
Çok şiddetli/Dayanılmaz ⁴	28	3.64±0.58	2.54±0.86	3.09±0.43	3.38±0.59	2.69±0.82	2.95±0.74	3.01±0.59
İstatistiksel değerlendirme*		F= .290 p= .833	F= 3.230 p= .022	F= 2.468 p= .062	F= 1.374 p= .250	F= .550 p= .649	F= 1.015 p= .386	F= .808 p= .490
İkili Karşılaştırma	1-2 1-3							

* One –Way ANOVA testi yapılmıştır.

** T- Testi yapılmıştır.

Tablo 4.6 da öğrencilerin ağrıya ilişkin özelliklerinin ağrı inançları ile ağrı korkusu ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi ağrısı olduğunda farmakolojik yöntemle başvuran öğrencilerin tıbbi ağrı korkusu alt boyut puanlarının, başvurmayanlara göre daha yüksek ($\bar{X} \pm SS = 2.79 \pm 0.68$) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Nonfarmakolojik yöntemle başvuran öğrencilerin organik inançlar ($\bar{X} \pm SS = 2.73 \pm 0.57$), şiddetli ağrı korkusu ($\bar{X} \pm SS = 3.34 \pm 0.77$) alt boyutları ile ağrı korkusu ölçeği puan ortalamasının ($\bar{X} \pm SS = 2.89 \pm 0.59$), nonfarmakolojik yöntemle başvurmayanlardan daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Buna karşılık ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yöntemle başvurmayanların psikolojik inançlar puan ortalamasının ($\bar{X} \pm SS = 2.88 \pm 0.80$), nonfarmakolojik yöntemle başvuranlardan daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Öğrencilerin ağrı yaşama sıklığı ile organik inançlar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre ayda 1 defa ağrı yaşayan öğrencilerin organik inançlar puan ortalaması ($\bar{X} \pm SS = 3.76 \pm 0.56$), haftada 1-2 defa ağrı yaşayan öğrencilerden ($\bar{X} \pm SS = 3.57 \pm 0.58$) anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Öğrencilerin yaşadığı ağrının şiddeti ile psikolojik inançlar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre hafif şiddette ağrı yaşayan öğrencilerin psikolojik inançlar puan ortalaması ($\bar{X} \pm SS = 3.03 \pm 0.88$), orta ($\bar{X} \pm SS = 2.60 \pm 0.76$) ve şiddetli ($\bar{X} \pm SS = 2.53 \pm 0.91$) ağrı yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Öğrencilerin ağrısı olduğunda farmakolojik yöntemle başvurma durumu ile ağrı inançları ve alt boyut puanları arasında, ağrı yaşama sıklığı ile psikolojik inançlar ve ağrı korkusu ölçeği alt boyut puanları arasında, ağrının şiddeti ile organik inançlar ve ağrı korkusu ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda, öğrencilerin yarından fazlasının ağrısı olduğunda farmakolojik yönetime başvurduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Uzunçakmak ve Kılıç'ın (80) hemşirelik öğrencilerinin ağrı deneyimleri ve baş etmede kullandıkları yöntemleri belirlemek amacıyla 264 öğrenci ile anket formu kullanarak yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %46.8'i ağrı ile baş etmede farmakolojik yönetime başvurduğunu belirtmiştir. Babadağ ve Alparslan'ın (27) hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarını belirlemek amacıyla 366 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin yarıya yakını bireysel ağrı deneyimlerinde ağrıyla baş etmede ağrı kesici kullandığını ifade etmiştir. Akkaya'nın (33) hemşirelik ile ilk ve acil yardım bölümü öğrencilerinin ağrı ile ilgili inançlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %23'ü ağrısı olduğunda sadece ağrı kesici kullandığını ifade etmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlarda, öğrencilerin ağrı kesici kullanma oranının diğer çalışmalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Örneklem grubu bakımından farklı bir başka çalışmada, Erdine ve arkadaşlarının (81) Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansını belirlemek amacıyla 3001 katılımcıyla anket formu kullanarak yaptıkları çalışmada, bireylerin ağrıdan kurtulmak için ilk yaptıklarının ağrı kesici almak olduğunu belirtmişlerdir. Blyth ve arkadaşlarının (82) 477 erişkin ile yaptığı kronik ağrı şikayetlerinin incelendiği çalışmada, bireylerin %47'sinin ağrısı olduğunda ilk olarak ilaç aldığı tespit edilmiştir. Hastalar ile ilgili yapılan ağrı çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuca ulaşılmıştır. Özer ve Bölükbaş'ın (24) postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi amacıyla, 300 hasta ve 52 hemşire ile yaptığı çalışmasında, hastaların %69.5'inin ağrıyı hafifleten uygulamalar arasında "ilaç almak" cevabını verdiği belirlenmiştir. Birge'nin (34) hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler isimli 163 hasta ile yaptığı çalışmasında, hastaların büyük çoğunluğu (%72.3), ağrısını gidermede analjezik ilaçları kullandığını, Ayhan'ın (83) abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri isimli 103 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların %66.9'unun ağrısı olduğu durumlarda analjezik ilaç kullandıkları bildirilmiştir. Erciyes'in (32) cerrahi ağrı

deneyimi olmayan hastaların ameliyat sonrası ağrı inançlarının belirlenmesi amacıyla 377 hasta ile yaptığı çalışmada ise hastaların %59.1'inin günlük yaşamlarında ağrısı olduğunda analjezik ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Genel olarak ağrının giderilmesinde ağrı kesici kullanma, kolay uygulanabilir olması ve etkisinin hızlı olması nedeniyle bireyler tarafından öncelikli tercih edilen bir yöntemdir. Öğrencilerin de ağrılarını gidermede çoğunlukla ağrı kesici kullandıkları görülmektedir.

Araştırmamızda, farmakolojik yönetime başvurmayan öğrencilerin %24.7'si ağrısının geçmesini beklediğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında da öğrencilerin %27.6'sı ağrı kesici kullanmama nedenini "ağrının geçmesini bekliyorum" olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmanın sonucu, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda, ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yönetime başvuranların da oranı oldukça yüksek (%81.2) olup, nonfarmakolojik yöntem olarak öğrencilerin en fazla sıcak-soğuk uygulama yapmayı ve uyumayı, daha az kısmının gevşeme-egzersizi yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.2). Benzer şekilde Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında da, öğrencilerin %64.5'i ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullandığını belirtirken, en fazla kullanılan yöntemler arasında sıcak-soğuk uygulama yer almıştır. Akkaya'nın (33) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %50'sinin ağrı kesici ile birlikte dinlenme, masaj, sıcak-soğuk uygulama ya da bir sağlık kuruluşuna başvurma yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Özveren ve Uçar'ın (20) öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgilerine yönelik 244 öğrenci ile anket formu kullanarak yaptıkları çalışmada, öğrencilerin en fazla kullandıkları farmakolojik olmayan yöntemlerin başında %15.4 ile dinlenme-uyuma geldiği belirtilmiştir. Farklı örneklem gurubu olarak hastalar ile ilgili yapılan ağrı çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Peleg ve arkadaşlarının (84) ağrı nedeniyle tamamlayıcı tıp kliniğine gelen 201 hasta ile yaptığı hastaların ağrı özellikleri, ağrı durumlarının incelendiği çalışmada, hastaların %50.3'ünün ağrısını gidermede farmakolojik olmayan yöntem kullandıklarını belirlemiştir. Birge'nin (34) yaptığı çalışmada hastaların yarıya yakınının (%49.1) farmakolojik

olmayan yöntemlere başvurduğu bildirilmiştir. Erciyes'in (32) çalışmasında hastaların %51.2'sinin analjezik kullanımı yerine farmakolojik olmayan yöntemleri tercih ettiği ve uygulama olarak masaj yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Çalışmalarda kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin öğrencilerin kendi başına rahatça uygulayabildikleri yöntemler olduğu görülmektedir. Bununla birlikte araştırmamızda bu oran diğer çalışmalara göre oldukça yüksek çıkmıştır.

Araştırmamızda, öğrencilerin yarıdan fazlasının ayda 1 defa ve orta şiddette, yarıya yakının genellikle baş-boyun bölgesinde, geri kalanların çoğunlukla karın ve sırt-bel bölgesinde ve çoğunlukla stres, menstruasyon ve yorgunluk-uykusuzluktan dolayı ağrı yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Akkaya'nın (33) çalışmasında öğrencilerin %59.9'unun baş ağrısı, %31.8'inin dismenore, %18.7'sinin ise kas iskelet sistemi ağrısı yaşadıkları belirtilmiştir. Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında öğrencilerin %66.4'ünün ağrı sıklığının "nadiren" olduğu, yaşadıkları ağrı şiddetinin %57.7 oranıyla orta şiddette, %53.0'ünün genellikle baş-boyun bölgesinde ağrı yaşadığını ve %30.6'sı ağrı nedeninin genellikle yorgunluk-uykusuzluk olduğunu belirtmiştir. Uzunçakmak ve Kılıç'ın (80) çalışmasında öğrencilerin %52.3'ünün baş ağrısı, %42.4'ünün karın ağrısı ve %33'ünün bel ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları, çalışmamızı destekler niteliktedir. Üniversite öğrencilerinin çoğunlukla eğitim hayatlarında yaşadıkları stres, uykusuzluk ve ağırlıklı olarak kadın olmalarından dolayı yaşadıkları menstruasyon dönemlerinden kaynaklı genellikle baş-boyun ve karın ağrısı yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin ağrısı olan hasta ile ilk karşılaştığında sırayla üzüntü, endişe ve çaresizlik hissettiği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Allcock ve Standen'in (85) öğrenci hemşirelerin ağırlı hastaya bakma deneyimlerini belirlemeye yönelik 15 öğrenci ile yaptıkları nitel çalışmada, hemşirelik öğrencilerine ağırlı hasta bakımı sırasında ne hissettikleri sorulduğunda; kendilerini kötü hissettikleri, yardım etmek istedikleri fakat öğrenci oldukları için müdahale edemediklerini belirtmişlerdir. Yorulmaz'ın (29) 396 öğrenci ile yaptığı, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ağrı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi konulu çalışmada ise hemşirelik öğrencilerine ağrısı olan kişi karşısında hissettikleri duygular sorulmuş;

%80.6'sı acıma ve yardım etme hissi, %13.6'sı çaresizlik duyduğunu belirtmiştir. Akkaya'nın (33) çalışmasında hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin %60.3'ü "hastaya bakım verirken ne hissedersiniz?" sorusuna üzüntü duyduklarını ifade etmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermekte ve öğrencilerin ağırlı hastaya henüz profesyonel yaklaşmadıkları için duyguları ile hareket ettikleri düşünülmektedir.

Ağrı inançları ölçeğinde, temelde organik ve psikolojik olmak üzere iki kavrama yoğunlaşmıştır. Organik inançlar; ağrının nedeninin vücutta yaralanma, zarar kaynaklı olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Kişiler ne kadar yaralanma varsa o kadar ağrı olduğu inancındadır. Psikolojik inançlar ise; ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisinin olduğu düşüncesine dayanmaktadır (35,75). Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermektedir (35). Ağrı korkusu ölçeğinde, hafif ağrı korkusu günlük yaşamda daha sık karşılaşılabılır olaylara bağlı korkuyu, şiddetli ağrı korkusu daha ağır ve şiddetli olaylara bağlı korkuyu, tıbbi ağrı korkusu ise tıbbi olaylara bağlı korkuyu içerir. Bireyin aldığı puanın yüksek olması, ağrı korkusunun da yüksek olduğunu göstermektedir (38,39).

Araştırmamızda organik inançları ve ağrı inançları yüksek olan öğrencilerin ağrı korkusu azalmaktadır (Bkz. Tablo 4.4). Buna göre ağrının nedenini vücutta yaralanma, zarar görme gibi nedenlere bağlayan ve ağrı inançları yüksek olan öğrencilerin ağrıya karşı korkusu azalmaktadır.

Araştırmamızda öğrencilerin ağrı inançları ve psikolojik inançları arttıkça şiddetli ağrı korkusunun azaldığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Bu sonuç ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisinin olduğunu düşünen öğrencilerin şiddetli olaylar sonucunda oluşan ağrıya karşı daha az korku yaşadıklarını göstermektedir.

Organik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı korkusu ve tıbbi ağrı korkusu azalmakta ancak psikolojik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı

korkusu artmaktadır (Bkz. Tablo 4.4). Yani ağrının nedeninin vücutta yaralanma, zarar görme olduğunu düşünen öğrenciler hafif ve şiddetli ağrılara karşı daha az korku yaşamaktadır. Ancak ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisinin olduğunu düşünen öğrencilerin hafif ağrı korkusu artmaktadır.

Araştırmamızda, hemşirelik öğrencilerinin cinsiyeti ile psikolojik inançlar arasında anlamlı fark bulunmamakta ($p>0.05$), ancak organik inançlar ve ağrı korkusu arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadınların organik inançlar ve ağrı korkusu puan ortalaması erkeklerden daha fazladır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Bu sonuçlar doğrultusunda, kadın öğrencilerin ağrıyı zarar görme, yaralanma gibi organik nedenlere dayandırdığı ve daha fazla ağrı korkusu yaşadıkları düşünülmektedir. Literatürde farklı sonuçlar elde edilmiş olup, araştırmamızdan farklı olarak Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre psikolojik inanç puanları daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Buna karşılık Akkaya'nın (33) çalışmasında organik ve psikolojik alt boyut puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Koçoğlu ve Özdemir'in (30) yaptıkları çalışmada da organik ve psikolojik inançların cinsiyete göre değişmediği belirtilmiştir.

Araştırmamızda, hemşirelik öğrencilerinin okudukları sınıf ile psikolojik inançlar ve ağrı korkuları arasında anlamlı fark çıkmamış ($p>0.05$), ancak organik inançlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Buna göre son sınıf öğrencilerinin organik inançlar puanının diğerlerinden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bunun sebebinin öğrencilerin klinik ve teorik deneyimleri arttıkça ağrı yönetimlerinin değişip, ağrıyı psikolojik nedenlere bağlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Akkaya'nın (33) çalışmasında ise 3. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre organik inanç puanı, tüm sınıf öğrencilerine göre de psikolojik inanç puanı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda, hemşirelik öğrencilerinin kronik hastalığı bulunma durumu ile ağrı inançları ve ağrı korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Akkaya'nın (33) ve Babadağ ve

Alparslan'ın (27) çalışmasında da kronik hastalığı bulunan hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yöntem açısından farklı bir başka çalışmada, Edwards ve arkadaşları (75) ağrının nedenleri ve sonuçlarının incelenmesine ilişkin 294 hasta ile çalışma yapmışlar ve çalışmada kronik hastalığı olanların organik inançlar puanları daha yüksek, kronik hastalığı olmayanların ise psikolojik inanç puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak araştırmamızda, öğrencilerin tıbbi tanıılarının, ağrı inançlarına ve ağrı korkularına doğrudan etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda, hemşirelik öğrencilerinin farmakolojik yönleme başvurma durumu ile ağrı inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak farmakolojik yönleme başvuranların tıbbi ağrı korkusu, başvurmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6). Araştırmamızda tıbbi nedenlerle ağrısı olacağını düşünen öğrencilerin daha çabuk etki edeceğini düşündüğü için farmakolojik yönleme başvurdıkları düşünülmektedir.

Araştırmamızda, nonfarmakolojik yönleme başvuran öğrencilerin organik inançları, şiddetli ağrı korkusu, ağrı korkusu ölçeği toplam puanlarının başvurmayanlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde Akkaya'nın (33) çalışmasında da hemşirelik bölümünde nonfarmakolojik yönleme başvuran öğrencilerin diğerlerine göre organik inançları anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmış, psikolojik inançlarında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bu sonuç, öğrencilerin ağrıya yönelik organik inançları ve korkuları arttıkça nonfarmakolojik yönleme başvurma oranlarının da arttığını göstermektedir. Ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yönleme başvurmayanların psikolojik inançlarının başvuranlardan daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6). Bu sonuç, ağrısının sebebinin psikolojik olduğunu düşünen öğrencilerin nonfarmakolojik yöntem kullanmaya ihtiyaç duymadıklarını düşündürmektedir.

Öğrencilerin ağrı yaşama sıklığı ile psikolojik inançlar ve ağrı korkusu arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), organik inançlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ayda 1 defa ağrı yaşayan

öğrencilerin organik inançlar puan ortalaması, haftada 1-2 defa ağrı yaşayan öğrencilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6). Araştırmamızdan farklı olarak Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında, öğrencilerin ağrı yaşama sıklığı arttıkça organik ve psikolojik inançlar puanının anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Araştırmamızda, öğrencilerin ağrı yaşama sıklığı azaldıkça ağrının nedenini zarar görme, yaralanma gibi organik nedenlere dayandırdığı görülmektedir.

Öğrencilerin yaşadığı ağrının şiddeti ile organik inançlar ve ağrı korkusu arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), psikolojik inançlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre hafif şiddette ağrı yaşayan öğrencilerin psikolojik inançlar puan ortalaması, orta ve şiddetli ağrı yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6). Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında ise öğrencilerin ağrı şiddeti arttıkça organik ve psikolojik inançları anlamlı düzeyde artmaktadır. Araştırmamızda, öğrencilerin ağrı şiddeti azaldıkça ağrının kökenini psikolojik nedenlere bağladığı görülürken, Babadağ ve Alparslan'ın (27) çalışmasında, öğrencilerin ağrı şiddeti arttıkça ağrının nedeni hem vücutta yaralanma...vb gibi organik nedenlere hem de psikolojik nedenlere bağladığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada, ağrı inançları yüksek olan öğrencilerin ağrı korkusunun azaldığı belirlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen diğer sonuçlar aşağıda belirtilmiştir;

- Öğrencilerin %50.6'sı 20-21 yaş arasında olup, %90.3'ü kadın ve %29.4'ü 2.sınıf öğrencisidir.

- Öğrencilerin yalnızca %5.4'ünün kronik hastalığı olup, %52.3'ünün ağrısı olduğunda farmakolojik yöntem başvurduğu belirlenmiştir. Farmakolojik yöntem başvurmayanların (47.7), %24.7'si ağrının geçmesini beklediğini belirtmiştir. Ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yöntem başvuranların oranı %81.2 olup, nonfarmakolojik yöntem olarak öğrencilerin eşit oranda (%30.2) sıcak-soğuk uygulama yapmayı ve uyumayı, %13.8'inin gevşeme-egzersizi yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir.

- Öğrencilerin %50.1'i ayda 1 defa, %59.0'unun orta şiddette, %40.9'unun genellikle baş-boyun bölgesinde, %48.3'ünün genellikle stresten dolayı ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Ağrısı olan hasta ile ilk karşılaştığında öğrencilerin sırayla üzüntü (%49.8), endişe (%17.6) ve çaresizlik (%8.6) hissettiği belirlenmiştir.

- Ağrı İnançları Ölçeği toplam puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 3.15 \pm 0.56$ (min=1.69, max=5.13) olduğu ve Ağrı Korkusu Ölçeği toplam puan ortalamasının $\bar{X} \pm SS = 2.86 \pm 0.57$ (min=1.13, max=4.97) olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmamızda öğrencilerin ağrı inançları ($p < 0.01$, $r = -.149$) ve psikolojik inançları arttıkça ($p < 0.01$, $r = -.204$) şiddetli ağrı korkusunun azaldığı belirlenmiştir.

Organik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı korkusu azalmakta ($p<0.01$, $r=-.188$) ancak psikolojik inançları yüksek olan öğrencilerin hafif ağrı korkusu artmaktadır ($p<0.05$, $r=.107$). Organik inançları yüksek olan öğrencilerin tıbbi ağrı korkusu azalmaktadır ($p<0.01$, $r=-.182$). Organik inançları ($p<0.01$, $r=-.140$) ve ağrı inançları ($p<0.05$, $r=-.105$) yüksek olan öğrencilerin ağrı korkusu azalmaktadır.

- Kadın öğrencilerin organik inançlar puan ortalaması, şiddetli ağrı korkusu puan ortalaması, tıbbi ağrı korkusu puan ortalaması, ağrı korkusu ölçeği puan ortalaması erkeklerden daha fazladır ($p<0.05$).

- Dördüncü sınıf öğrencilerinin organik inançlar puanı diğerlerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$).

- Ağrısı olduğunda farmakolojik yöntemle başvuran öğrencilerin tıbbi ağrı korkusu, başvurmayanlara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

- Nonfarmakolojik yöntemle başvuran öğrencilerin organik inançlar puan ortalaması, şiddetli ağrı korkusu puan ortalaması, ağrı korkusu ölçeği puan ortalaması nonfarmakolojik yöntemle başvurmayanlardan daha fazladır ($p<0.05$). Ağrısı olduğunda nonfarmakolojik yöntemle başvurmayanların psikolojik inançlar puan ortalaması, nonfarmakolojik yöntemle başvuranlardan daha fazladır ($p<0.05$).

- Ayda bir defa ağrı yaşayan öğrencilerin organik inançlar puan ortalaması, haftada 1-2 defa ağrı yaşayan öğrencilerin puan ortalamasından daha fazladır ($p<0.05$).

- Hafif şiddette ağrı yaşayan öğrencilerin psikolojik inançlar puan ortalaması, orta ve şiddetli ağrı yaşayanlardan daha fazladır ($p<0.05$).

- Öğrencilerin ağrısı olduğunda farmakolojik yöntemle başvurma durumu ile ağrı inançları ve alt boyut puanları arasında, ağrı yaşama sıklığı ile psikolojik inançlar ve ağrı korkusu ölçeği alt boyut puanları arasında, ağrının şiddeti ile organik inançlar

ve ağrı korkusu ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlardan yola çıkarak;

- Hemşirelik eğitimi müfredatında ağrı konusunun kapsamının, ağrı inançları ve ağrı korkusu konusu ile birlikte ele alınarak genişletilmesi,

- Öğrencilerin eğitim süreçleri boyunca ağrı inançları ve ağrı korkuları değerlendirilerek kendi baş etme stratejilerinin ve hastaların ağrılarına yaklaşımlarının belirlenmesi,

- Öğrencilerin ağrı inançları ve ağrı korkusunun hastanın ağrısına yaklaşımlarını etkileyebileceği görüşünden yola çıkarak, bu konuların ağrı değerlendirmesi ve ağrıya yaklaşıma ilişkin bakım uygulamalarına entegre edilmesi,

- Araştırmanın daha geniş örneklem grubu ile yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kuru T, Yeldan İ, Zengin A, Kostanoğlu A, Tekeoğlu A, Akbaba Yıldız A, Tarakçı D. Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı, *Ağrı Dergisi*, 2011, 23(1):22-27.
2. Kocaman G. *Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. İzmir, Saray Tıp Kitabevleri, 1994.
3. Berker E, Dinçer N. Chronic pain and rehabilitation. *Agri* 2005;17(2):10-6.
4. Özel F, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı* 2014, 26: 57-64.
5. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012, 7: 35-51.
6. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrasında hemşirelik bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12:84-93.
7. Rajagopal MR. Pain-basic considerations. *Indian J. Anaesth* 2006, 50: 331-334.
8. Aştı AT, Karadağ A. *Hemşirelik Esasları*. 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 625-661.
9. Levis LS, Dirksen RS, Heitkemper MM, Bucher L, Camera MI. *Medical-Surgical Nursing: assesment and management of clinical problems*, 8th ed. USA, Elsevier Mosby, 2011:127-250.
10. International Association for the Study of Pain, Terminology background <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=2051> 27 Aralık 2019.
11. Erdine S. *Ağrı*, 3. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2007: 37-40.
12. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals Of Nursing*, 7th ed. Canada, Mosby Elsevier, 2009: 1052-1083.
13. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 14:53-58.
14. Berman A, Snyder JS, Frandsen G. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing*. 10. Baskı. England, Global Edition, 2016: 1112-1151.

15. Çelik S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3):325-330.
16. Aslan EF. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 35-117.
17. ACPA Resource guide to chronic pain medication & treatment, (2013). America. American chronic pain association. <http://www.theacpa.org/Consumer-Guide>. 14 Ekim 2019.
18. Craven FR, Hirnle C, Jensen S. *Hemşirelik Esasları*. Uysal N, Çakırcalı E (editör). 7. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2015: 1145-1170.
19. Aygün D, Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları, *Sakarya Medical Journal*, 2012, 2:61-70.
20. Özveren H, Uçar H. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 16(3):59-72.
21. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients, *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52(2):125-132.
22. Öztunç G, Kılıç M. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012, 7(21):35-51.
23. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 32-41.
24. Özer N, Bölükbaşı N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 4(1):7-17.
25. Yücel A. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü, S Erdine (Ed), *Ağrı*, 3. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2007: 37-40.
26. Demir Y, Yıldırım UY, İnce Y, Türken K, Kaya M. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme durumunun belirlenmesi, *Çağdaş Türk Dergisi*, 2012, 2(3):162-172.
27. Babadağ B, Alparslan GB. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2017, 26(6):245.
28. Baran G. Hasta ve hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin değerlendirmeleri, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2003, 6(5):9-24.

29. Yorulmaz G. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ağrı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012.
30. Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi, *Ağrı*, 2011, 23(2):64-70.
31. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patient with chronic low back pain, *Pain*, 2002, 97(1):23-31.
32. Erciyes A. Cerrahi ağrı deneyimi olmayan hastaların ameliyat sonrası ağrı inançları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2019.
33. Akkaya DA. Hemşirelik ile ilk ve acil yardım bölümü öğrencilerinin ağrı ile ilgili inançlarının belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2017.
34. Birge ÖA, Mollaoğlu M. Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler, *Ağrı*, 2018, 30(2):84-92.
35. Berk SHÖ, Bahadır G. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları, *Ağrı*, 2007, 19:4.
36. TJ Sharp. Chronic pain: a reformulation of the cognitive behavioral model, *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39:787-800.
37. ME Geisser, AJ Haig, ME Theisen. Activity avoidance and function in persons with chronic back pain. *J. Occup. Rehabil*, 2000, 215-227.
38. Ünver S, Turan FN. Ağrı korkusu ölçeği-III'ün geçerlilik ve güvenirlik çalışması, *Ağrı*, 2018, 30(1):18-27.
39. McNeil DW, Rainwater AJ. Development of the Fear of Pain Questionnaire—III, *Journal of Behavioral Medicine*, 1998, 21:4.
40. Fındık YÜ, Topçu YS. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012, 22-33.
41. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditte JW. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain* 2013;14(10):1019–30.
42. Ay ZY, Çağlar F, Orun B, Uskun E. Hastaların ağız sağlığı, dental anksiyete düzeyleri ve olası belirleyicileri ile ilgili bildirimlerinin ölçek sonuçlarıyla tutarlılığı. *SDÜ Sağ Bil Der* 2014;5(2):56–61.

43. Demircan S, Ataş M, Altunel O, Gülhan A, Zararsız G. The Impact of Anxiety on Cooperation and Intraoperative Pain in Patients Undergoing Cataract Surgery. *Journal of Glaucoma-Cataract* 2015;10(4):278–82.
44. Erdil F. Ameliyat sonrası (postoperatif) hemşirelik bakımı. In: Erdil FCerrahi hastalıkları hemşireliği. Ankara: Aydogdu Ofset Matbaacılık; 2012. p. 123–36.
45. Guyton AC, Hall JE. *Textbook of Medical Physiology*, Çeviri: Berrak ÇY. *Tıbbi Fizyoloji*, 13. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2017: 621-630.
46. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 12 st ed. China, Williams & Wilkins, 2010:231-260.
47. Pasero C, Margo MC Caffery: Resolute and Visionary, <https://doi.org/10.1016J.pmn.2018.01.005> 27 Aralık 2019.
48. Efe E, Altun E, Çetin H, İşler A. Türkiye’de bazı illerde çocuk servislerinde çalışan çocuk hekimi ve hemşirelerin yenidoğanlarda ağrı konusundaki bilgi ve uygulamaları, *Ağrı*, 2007, 19:16-25.
49. Öztürk H. Ağrının tarihçesi üzerine bir değerlendirme, *Lokman Hekim Dergisi*, 2013, 26-27.
50. Mc Donald, H., Cole, F., Carus, C. & Leach, H.H. (2017). Kronik Ağrı, 1.Baskı. Türkiye: Kuraldışı Yayınları.
51. McCullough JEM. Reflexology: A randomised controlled trial investigating the effects on beta-endorphin, cortisol and prednancy relatet stres, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2018, 76-84.
52. Beytut D, Muslu Karayağız G, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H. Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(3):12-18.
53. Oderda GM, et al. Opioid-related adverse drug events in surgical hospitalizations: impact on costsandlength of stay, *Annals of Pharmacotherapy*, 2007, 41(3): 400-407.
54. Grass JA. Patient-Controlled Analgesia, *Anesth Analg*, 2005, 101:44-61.
55. Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN J* 2008;87(4):780807.
56. Uyar M, Korhan AE. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi, *Ağrı*, 2011, 23:139-146.

57. Tsay SL, Wang JC, Lin KC, Chung UL. Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. *J Adv Nurs* 2005;52(2):142-50.
58. Chang SC, Chen CH. Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Res Nurs Health* 2005;28(6):453-61.
59. Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nurs Crit Care* 2006;11(5):224-31.
60. Mamuk R, Davas İN. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2010, 44:137-44.
61. Birkan İ. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları, *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2014, 37-49.
62. Karadağ GM. Uyku regülasyonu ve beslenme, *Göztepe Tıp Dergisi*, 2009, 24(1):9-15.
63. Kazan EE. Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 73-82.
64. On YA. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar, *Ağrı*, 2006, 18:5-14.
65. Arslan, S., & Çelebioğlu, A. (2006). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. *International Journal of Human Sciences*, 1(1), 1-7.
66. Madenci E. Klinik masaj, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2007, 53(2):58-61.
67. Devlin JW. Executive summary: clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU, *Critical Care Medicine*. 2018, 46(9):1532-1548.
68. Friesner SA, Curry DM, Moddeman GR. Comparison of two pain management strategies during chest tube removal: relaxation exercise with opioids and opioids alone, *Heart Lung*, 2006, 35: 269-276.
69. Özdağ NH, Mollahaliloğlu S, Öztaş D, Güzeldemirci GB. Ağrı tedavisinde akupunkturun yeri, *Ankara Med J*, 2015, 15(4):249-253.
70. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve alternatif tıp, *Güncel Gastroenteroloji*, 2004, 8:231-235.

71. Merrily A. Kuhn, RN. Herbal Remedies: Drug-Herb Interactions. *Critical Care Nurse*. 2002, 22(2):22-35.
72. Bitkisel ürünler ve sağlık. Bilimsel çerçeve ve etik açısından yaklaşım. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/bitkisel.pdf>. 03.01.2020.
- 73 Aslan EF. Ağrı değerlendirme yöntemleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1).
74. Georgiou E. The impact of pain assessment on critically ill patients' outcomes: a systematic review, *BioMed Research International*, 2015:18.
75. Edwards LC, Pearce SA, Turner-Stokes L, Jones A. The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain, *Pain*, 1992, 51(3):267-272.
76. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8:124-130.
77. Norton PJ, Asmundson GJG. Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal?, *Behavior Therapy*, 2003,34(1): 17-30.
78. Hopkins KD, Weeks DL. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: their place in research reporting, *Educational and Psychological Measurement*, 1990, 50: 717-729.
79. De Carlo LT. *On the meaning and use of kurtosis*, *Psychological Methods*, 1997, 2.
80. Uzunçakmak T, Kılıç M. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı deneyimleri ve baş etmede kullandıkları yöntemler, *Ağrı*, 2017, 29(3):117-121.
81. Erdine S, Hamzaoglu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Journalagent*, 2001, 13(2):22-30.
82. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self management of chronic pain: a population-based study, *Pain*, 2005, 113(3):285-292.
83. Ayhan F. Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: Konya Selçuk Üniversitesi, 2015.

84. Peleg R, Liberman O, Press Y, Shvartzman P. Patients visiting the complementary medicine clinic for pain: a crosssectional study, *BMC Complement Altern Med*, 2011, 11: 36.

85. Allcock N, Standen P. Student nurses experience of caring for patients in pain, *International Journal of Nursing Studies*, 2001,38:287-295.



8. EKLER

EK-1. Form 1: Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
a. Erkek b. Kadın
3. Okuduğunuz sınıf:
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
4. Kronik hastalığınız var mı?
a. Evet Açıklayınız:.....
b. Hayır
5. Ağrınız olduğunda farmakolojik yöntemle başvurur musunuz?
a. Evet (7. soruya geçiniz) b. Hayır
6. Farmakolojik yöntem kullanmama nedeniniz nedir?
a. Ağrının geçmesini bekliyorum.
b. Ağrı kesicilerin yan etkileri var.
c. Kendi kendime iyileşebileceğimi düşünüyorum.
d. Ağrı kesiciler alışkanlık yapıyor.
e. Ağrı kesici kullanmayı sevmiyorum.
f. Nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntem kullanıyorum.
g. Diğer (Açıklayınız):.....
7. Ağrınız olduğunda nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemle başvurur musunuz?
a. Evet b. Hayır (9. soruya geçiniz)
8. Hangi nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemi kullanırsınız?
a. Sıcak- soğuk uygulama yapmak
b. Gevşeme – egzersiz yapmak
c. Dikkatini başka yöne çekmek
d. Müzik dinlemek
e. Uyumak
f. Bitkisel ürünler kullanmak (ağrıyan bölgeye sürme)
g. Diğer.....
9. Hangi sıklıkta ağrı yaşarsınız?
a. Her gün
b. Haftada 1-2 defa
c. Haftada 3 ve daha fazla
d. Ayda 1 defa
e. Diğer.....
10. Genellikle hangi bölgede ağrı yaşarsınız?
a. Baş- Boyun
b. Sırt- Bel
c. Karın
d. Bacak- Diz
e. Kol- Omuz
f. Diğer.....

EK-1. Devamı

11. Genellikle yaşadığınız ağrınızın şiddeti nedir?

- a) Hafif
- b) Orta
- c) Şiddetli
- d) Çok Şiddetli
- e) Dayanılmaz

12. Genellikle yaşadığınız ağrı nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Hastalık
- b. Stres
- c. Çevresel faktörler (gürültü, ışık vs)
- d. Menstrüasyon
- e. Yorgunluk – Uykusuzluk
- f. Psikolojik
- g. İnançlar (nazar, negatif enerji)
- h. Diğer.....

13 . Ağrısı olan hastayla ilk karşılaştığınızda ne hissedersiniz?

- a. Korku
- b. Panik
- c. Endişe
- d. Üzüntü
- e. Güçsüzlük
- f. Çaresizlik
- g. Diğer.....

EK-2. Ağrı İnançları Ölçeği

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz.

i. Her zaman ii. Neredeyse her zaman iii. Sık sık
iv. Bazen v. Nadiren vi. Hiçbir zaman

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

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

EK-3. Ağrı Korkusu Ölçeği-III

Bu ankette AĞRI deneyimlerinize ilişkin 30 ifade bulunmaktadır. Lütfen her maddeyi okuyun ve her biriyle ilişkili olarak ne kadar KORKU lu AĞRI yaşadığınızı düşünün. Eğer bu maddelerde belirtilen AĞRI yı hiç yaşamadıysanız, yaşadığınızı varsayarak ne kadar KORKU yaşadığınızı işaretleyin. Her bir maddeye ilişkin AĞRI KORKUnuzun şiddetini yan taraftaki numaralara göre daire içine alın. Lütfen boş bırakmayın.

Katılımınız için teşekkür ederim.

	Asla	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
1. Bir araba kazası geçirmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
2. Yemek yerken dilimi ısırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
3. Kolumu kırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
4. Zarf yalarken dilimi kesmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
5. Başıma ağır bir nesnenin çarpmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
6. Bacağımı kırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
7. Dirseğimi çarpmakla (karıncalanma yapan hassas noktayı) ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
8. İnce uçlu iğneyle kan aldırarakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
9. Birinin elimin üzerine ağır araba kapısını çarpmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
10. Beton merdivenlerden zemine düşmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
11. Kolumdan iğne yaptırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
12. Parmaklarımı kibritle yakmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
13. Boynumu kırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
14. Kalçadan iğne yaptırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
15. Ayak tabanına derince bir kıymık batması ve cımbızla çıkarılmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
16. Gözüme kaçan yabancı cismin doktor tarafından çıkarılmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
17. Ağzımın içine iğne yaptırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
18. Yüzümün sigara ile yanmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
19. Parmağımı kağıt ile kesmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
20. Dudağıma dikiş attırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
21. Ayağımdaki siğili doktorun sivri bir alet ile çıkarmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
22. Keskin bir jilet ile tıraş olurken/tüy alırken kendimi kesmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
23. Sıcak bir içeceği soğumadan tek yudumda yutuvermekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
24. Banyo yaparken ya da duş alırken gözüme sabun kaçırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
25. Her gün bana ağrı yaşatan ve tedavisi olmayan hastalığımla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
26. Diş çektirmekle ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
27. Gıda zehirlenmesinden dolayı sürekli kusmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
28. Gözüme kum ya da toz kaçmasıyla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
29. Dişlerimden birine dolgu çukuru açtırmakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5
30. Kas krampı yaşamakla ilişkili ağrıdan korkarım.	1	2	3	4	5

EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Fatma Nur Kılıçarslan tarafından yürütülen “Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları ve Ağrı Korkuları Arasındaki İlişki” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan temel noktalardan bazıları ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, sonuçları izlemesi ve empatik yaklaşımı sağlamasıdır. Ağrı kontrolüne yaklaşımda sağlık profesyonellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı deneyimlerinin etkili olabildiği bildirilmektedir. Bu bilgilerden yola çıkılarak hemşire olmak üzere yetişen öğrencilerin ağrı inançları ve ağrı korkuları belirlenerek, aralarındaki ilişkiye bakılarak ağrıya yaklaşımlarının belirlenmesi planlanmıştır.

b. Araştırmanın İçeriği: Araştırma da Tanıtıcı Özellik Formu (11 soru),Ağrı İnançları Ölçeği (12 soru), Ağrı Korkusu Ölçeği III (30 soru) kullanılacaktır.

c. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 ay

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
Hemşirelik 1., 2., 3., 4. sınıflar

f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı: İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı: İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Fatma Nur Kılıçarslan İmzası

EK-5. Etik kurul onay belgesi



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)



ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Fakültesi/Enstitüsü bölümü akademisyenlerinden /
öğrencilerinden 'ın,
.....
..... adlı araştırması
değerlendirilmiştir. (Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl - Araştırma sıra no)	2018- 446
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	11.12.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	01.01.2019 - 19
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	İMZA
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Bşk. Yrd.	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Behlül TOKUR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN	Üye	

EK-6. Kurum izni yazısı



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 27139605-605.01-E.9130
Konu : Araştırma İzni

06.03.2019

Sayın Fatma Nur ÖZTÜRK

İlgi : 04.03.2019 tarihli başvurunuz.

Dr.Öğr.Üyesi Ebru EREK KAZAN danışmanlığında yürütmekte olduğunuz "Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları ve Ağrı Korkuları Arasındaki İlişki " konulu çalışmanızı Mart ve Mayıs ayları arasında Fakültemiz Hemşirelik öğrencileri ile yapmanız Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

 e-imzalıdır
Prof. Dr. Baki YILMAZ
Dekan V. a.
Dekan Yardımcısı

5070 sayılı Elektronik İmza Yasası gereği bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres: Ayvulu Mah. Gazem Cad. No: 7 Etilik-Keçiören / Ankara
Telefon: 0312 324 15 55
Faks: 0312 906 2967

Bügi için: Aliye Durcu KAFLAN
Bilgisayar İşletmeni

EK-7. Ağrı inançları ölçeği kullanım izni yazısı

ağrı inançları ölçeği Gelen Kutusu x



fatma nur öztürk <fnurorturk1@gmail.com>

25 Şubat Salı 18:49



Alıcı: osberk

Hocam Merhaba. Ben Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Alanında Yüksek Lisans yapıyorum. Tez çalışmam için literatür incelemelerim sonucunda ağrı inançları ölçeğine ulaştım. İzininiz olursa ölçeği kullanmak istiyorum. Teşekkürler. İyi akşamlar.



HANİFE ÖZLEM BERK <osberk@istanbul.edu.tr>

25 Şubat Salı 19:08

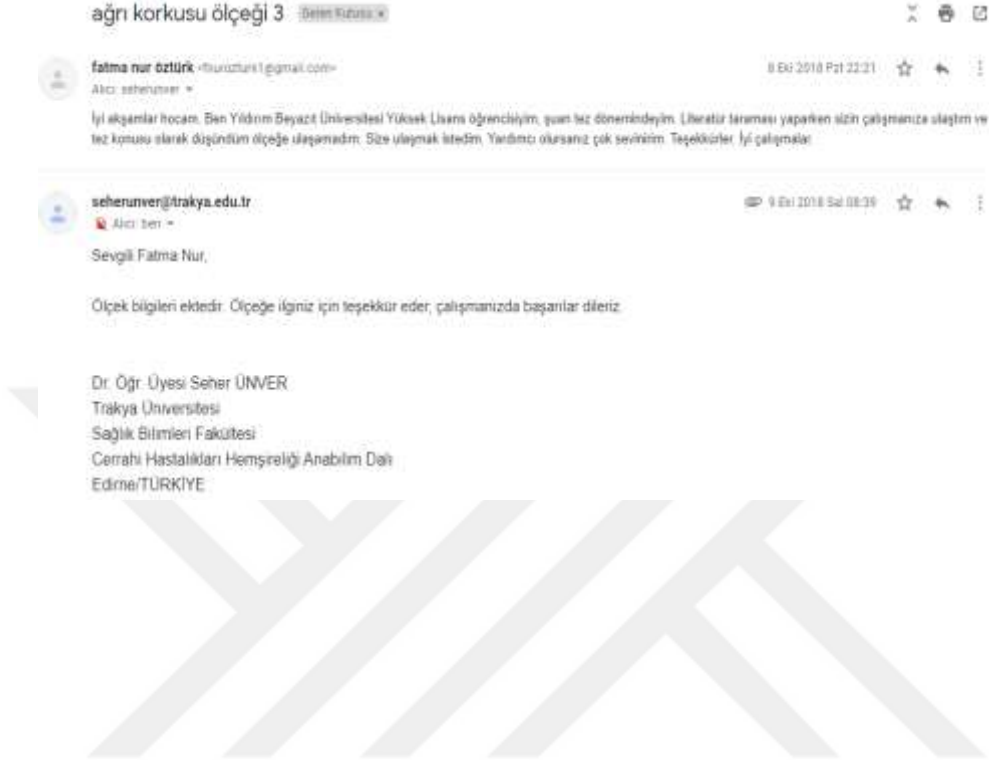


Alıcı: ben

Fatma Nur Hanım merhaba. Ölçeği, ölçeğe ilişkin bilgileri ve referans için künyeleri içeren dosya ektedir. Çalışmanızda kolaylıklar.

Doç. Dr. Özlem Serfel Berk
İstanbul Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü

EK-8. Ağrı korkusu-III ölçeği kullanım izni yazısı



EK-9. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Fatma Nur Kılıçarslan
Doğum tarihi	: 11.07.1993
Doğum yeri	: Yenimahalle
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C
Adres	:Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Talatpaşa Blv No:82, 06230 Altındağ/Ankara
Tel	: 03125085041
Faks	:
E-mail	: fnurozturk1@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Yenimahalle Anadolu Ticaret Meslek Lisesi
Lisans	: Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yüksek lisans	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	:
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	