

2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül ERCİYAS



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ AĞRI DENEYİMİ OLMAYAN
HASTALARIN AMELİYAT SONRASI AĞRI
İNANÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül ERCİYAS

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ AĞRI DENEYİMİ OLMAYAN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI AĞRI İNANÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül ERCİYAS

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ




Cerrahi Ağrı Deneyimi Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı İnançları

Ayşegül ERCİYAS 

Yüksek Lisans Tezi

20.06.2019

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Jüri Üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI 
Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI 
Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK 

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.
20.06.2019


Ayşegül ERCİYAS

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin süresince ve tez çalışmalarım sırasında ilgi ve desteğini esirgemeyen ve beni hiç yalnız bırakmayan değerli hocam ve tez danışmanım Sn. Dr. Öğretim Üyesi Sema Koçaşlı'ya,

Beni yetiştiren, büyüten sevgili annem Meliha Soylamış'a, babam Yaşar Soylamış'a,

Benimle birlikte araştırıp öğrenen ve yalnız bırakmayan çocuklarım Mehmet Aras ve Ahmet Tuna'ya, desteğini her zaman hissettim eşim Ferhat Erciyas'a ve kıymetli çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ameliyat Sonrası Ağrı	3
2.2. Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkileri	4
2.2.1. Solunum Sistemi	4
2.2.2. Kardiyovasküler Sistem	5
2.2.3. Gastrointestinal ve Üriner Sistem	5
2.2.4. İskelet ve Kas Sistemi	5
2.2.5. Endokrin Sistemi	6
2.2.6. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanınması.....	6
2.2.7. Tek Boyutlu Ölçekler	7
2.2.8. Çok Boyutlu Yöntemler	9
2.3. Ağrı Tedavi Yöntemleri	10
2.3.1. Farmakolojik Tedavi	10
2.3.2. Girişimsel Yöntemler	11
2.3.3. Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	12
2.4. Ağrı İnançları.....	15
2.5. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirenin Rolü.....	17
3. MATERYAL VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	21
3.5.1. Veri Toplama Soru Formu	21

3.5.2. VAS (Vizüel Analog Skalası).....	21
3.5.3. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ).....	22
3.5.4. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF).....	22
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.7. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.7.1. Bağımsız Değişkenler	24
3.7.2. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	50
5.1. Sosyodemografik Değişkenler ile Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımının Karşılaştırılması.....	50
5.2. Sosyodemografik Değişkenler ile Ağrı İnanç Ölçeğinin Karşılaştırılması	52
5.3. Sosyodemografik Değişkenler ile VAS Karşılaştırılması	53
5.4. MAÖ-KF Göre Ağrı Değerlendirmesi.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuçlar	56
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER.....	79
Ek-1. Veri Toplama Soru Formu	79
EK-2. Vizüel Analog Skalası.....	82
Ek-3. Ağrı İnançları Ölçeği	83
EK-4. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu	84
EK-5. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu	85
EK-6. Etik Kurul Proje Onay Belgesi.....	86
EK-7. Kurum Yazılı İzni	87
EK-8. Ağrı İnançları Ölçeği Kullanım Onayı Yazılı İzni.....	88
EK-9. Özgeçmiş Örneği.....	89

ÖZET

Cerrahi Ağrı Deneyimi Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı İnançları

Bu çalışma farklı cerrahi kliniklerde ameliyat amacı ile yatışı yapılan hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası ağrı inançlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Çalışmanın verileri, 11 Şubat- 31 Mart 2019 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nin, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Üroloji Kliniklerinde 377 hastadan toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, Veri Toplama Formu, Vizüel Analog Skalası, Ağrı İnançları Ölçeği ve McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyut puanları, ameliyat öncesi puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($Z=-5.877$; $p=0.000$). Hastaların ameliyattan önce, ağrının fizyolojik, fizyopatolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı düşüncelerinin, ameliyattan sonra da değişmediği ve bu düşüncenin güçlendiği tespit edilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası Visüel Analog Skala puanı ($5,63\pm 2,96$) ameliyat öncesi Visüel Analog Skala puanına ($4,52\pm 3,13$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p=0,000$) yüksek olduğu görülmüştür. Ortopedi kliniğinde yatan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası Visüel Analog Skala puanları, diğer kliniklerde yatan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formuna göre hastaların %48.8'inin şiddetli ağrısı olduğu ve bu ağrının da çoğunlukla (%28.3) zonklama tipinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yaşamlarında cerrahi işlem deneyimi yaşamamış bireylerin, ağrı inançlarında oluşan farklılıkların, hemşirelik bakım uygulamalarına entegre edilmesi, tüm cerrahi klinikleri kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı inançları, ağrı şiddeti, farmakolojik olmayan yöntemler, hemşire

ABSTRACT

Postoperative Pain Belief of Patients Who Do Not Have Surgical Pain Experience

This study is a descriptive and cross-sectional study with the aim of specifying the preoperative and postoperative pain belief of patients who were hospitalized in surgery clinics for various operations.

The data of the study were collected from 377 patients in General Surgery, Cardiovascular Surgery, Orthopedia and Traumatology, Urology Clinics of Ankara City Hospital between February and March 2019. Data Collection Form, Visual Analog Scale, Pain Belief Scale and McGill Pain Scale were used for collection of the data. SPSS (IBM SPSS Statistics 24) were used for analysis of the data.

Of the patients, 53.1% were male, 81.2% married with a mean age of 50.90 ± 17.13 (years). The postoperative organic belief base dimension scores of the patients were significantly higher than preoperative scores ($Z = -5.877$; $p = 0.000$). The patients' preoperative thoughts of that the pain occurs due to physiological, physiopathological and psychological reasons did not change and did become stronger after the operations. The preoperative VAS scores (5.63 ± 2.96) were significantly higher than preoperative VAS scores (4.52 ± 3.13) ($p = 0.000$). Vas scores of orthopedia clinic patients were higher than other clinics patients. According to MAÖ-KF, 48.8% of patients had severe pain and this pain was throbbing in general (28.3%).

In conclusion, the pain belief differences of patients who did not experience surgical procedure before should be integrated to nursing care applications and new studies should be carried out including all surgical clinics.

Keywords: Pain belief, pain severity, non-pharmalogical methods, nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AİÖ	: Ağrı İnançları Ölçeği
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
IASP	: International Association for the Study of Pain
MASF	: McGill Ağrı Soru Formu
MAÖ-KF	: McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
MÖ	: Milattan Önce
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TENS	: Transkütan Elektiriksel Sinir Stimilasyonu
VAS	: Visüel Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sözel tanılama skorlaması 8

Şekil 2.2. Sayısal tanılama skorlaması..... 8



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Ağrı değerlendirilmede kullanılan yöntemler	7
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	26
Tablo 4.2. Hastaların ağrı yönetimine ilişkin bulguları.....	27
Tablo 4.3. Farmakolojik olmayan yöntem kullanan hastaların tercih ettikleri uygulamaların dağılımı	28
Tablo 4.4. Hastaların cinsiyet, yaş ve çalışma durumları ile farmakolojik olmayan yöntemlere inanma durumu arasındaki ilişkinin dağılımı	29
Tablo 4.5. Hastaların ameliyat türü ve farmakolojik olmayan yöntem kullanımı ile analjezik ilaç kullanım durumunun karşılaştırılması	30
Tablo 4.6. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AIÖ puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası AIÖ psikolojik inançlar alt boyutu karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine ile ameliyat öncesi ve sonrası AIÖ organik inançlar alt boyutu karşılaştırılması	35
Tablo 4.9. Hastaların ameliyat öncesi AIÖ puanlarının dağılımı.....	40
Tablo 4.10. Hastaların ameliyat sonrası AIÖ puanlarının dağılımı.....	43
Tablo 4.11. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanlarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12. Hastaların cinsiyet, yatış kliniği ve farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumu ile ameliyattan önce ve ameliyattan sonraki VAS puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.13. Hastalara ait MAÖ-KF bulgularının dağılımı	49

1. GİRİŞ

Ağrıyı “Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP= International Association for the Study of Pain) ağrısı”; “var olan ya da olası doku hasarına bağlı, bu hasar ile tanımlanabilen, hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel bir deneyim” olarak tanımlanmıştır (2). Ağrı süreci, akut olarak başlayan, doku harabiyetiyle görülen, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle son bulmaktadır (3). Dünyada ve ülkemizde ağrı çok fazla karşılaşılan ve gidikcede artış gösteren bir sağlık sorunudur (1).

Ağrı fizyolojik ve psikolojik tepkiler oluşturması ile birlikte hastayı yardım aramaya yöneltmektedir (4). Ağrı yönetiminde en çok farmakolojik (analjezik) yöntemler tercih edilmektedir (3). Yapılan çalışmalarda ağrı yönetiminde hastaların %50-77’sinin analjezik ilaç kullandıkları tespit edilmiştir (5-7). ağrının yönetiminde analjezikler tercih edilen bir yöntem olmasının yanında, her durumda hastanın ağrısının istenilen oranda gideremeyebilir. Analjeziklerin bunlara ilave olarak advers etkileri de bulunmaktadır. Hastanın yaşadığı ağrının yönetiminde farmakolojik yöntemlerle birlikte, farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulamasının da katılımını sağlayan, bilişsel-davranışsal ve fiziksel yaklaşımları içermektedir. Farmakolojik olmayan yöntemler arasında, gevşeme, sıcak ve soğuk uygulama, masaj, dikkati başka yöne çekme, akupunktur ve hayal kurma vb. uygulamalar başta gelmektedir. (9). Hemşireler belirtilen bu yöntemleri kullanırken, kanıta dayalı uygulamalardan yararlanılması gerekmektedir (10).

Ağrı deneyimi ve şiddeti, bireysel farklılıklar gösteren, tanılaması güç olan bir durumdur (11, 12). Ağrı algısı, cinsiyet, eğitim, kültür, çevre ve deneyimler gibi birçok duyuşsal ve davranışsal faktörden etkilenmektedir. Bu farklılıklar hastaların, ağrıyı algılaması ve ağrıya yüklediği anlam ile yakından ilişkilidir (13). Bunun yanında ağrının şiddetini, sıklığını ve baş etme kabiliyetini; genetik yapı, kültürel ve duyuşsal özellikler, kişisel özellikler ve inançları etkilemektedir (14). Ağrı tutumlarının ve inançlarının, insanların ağrıyı tecrübe etme ve buna uyum sağlamada önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (15). Bu nedenle de ağrı yaklaşımlarında ağrı inançlarının

sorgulanması önemlidir (16). Koçođlu'nun (2011) yapmış olduğu çalışmada, dűřűk gelire sahip olan hastalarda, ağrının kaynağı ve sonuçlarının, psikolojik inançları belirginleştirebileceği bildirilmiştir (14). Birge ve Mollaođlu (2018) ağrısı olan hastalarda ağrı inanç ۆleđi kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında, organik inanç puan ortalaması psikolojik inanç puan ortalamasından yűksek olduğunu saptamışlardır (17).

Araştırmacı tarafından yapılan literatűr taramasında, ameliyat deneyimi olmayan hastaların, ameliyat olduktan sonra ağrı inançlarında değişiklik olup olmadığını belirlemeye yűnelik benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışma, hastaların sahip olduğu ağrı inançlarının, ameliyat ۆncesi ve sonrası dűnemler arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ağrı, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve kültürel tecrübeler ile algılanan hoş olmayan bir duygudur (18). Ağrı, farklı kişiler ve toplumlar tarafından tanımlaması yapılmıştır. Ağrı, Mc.Caffery tarafından “Ağrı, hastanın söylediği şeylerdir, eğer söylüyorsa vardır” diye tanımlamış ve hastaya inanmak gerektiğini vurgulamıştır (19). IASP Toksonami Komitesi ağrıyı “Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan gerçek bir doku hasarıyla birlikte bulunan insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan emosyonel, duygusal bir davranış” olarak tariflemiştir (2).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmayla uyarılan psikolojik, otonomik ve davranışsal yanıtlarla ilişkili, istenmeyen duyuşsal ve bilişsel süreçleri içeren bir deneyimdir (20-22). Cerrahi işlemle başlayan ve dokunun iyileşmesi ile azalan ve yaygın olarak görülen akut bir ağrıdır (21,23,24). Ameliyat sonrası ağrı yönetiminin yeterli olmadığı durumlarda, ağrı fark edilecek düzeyde artmaktadır (20, 25). Ağrı hastalar, ameliyatın ilk günü en yoğun ve şiddetli olarak yaşamakta ve bu durum zamanla azalmaktadır (26). Ayhan’ın (2015) çalışmasında ameliyat sonrası hastaların %34.9’unun orta şiddette ağrısının olduğunu (27), Babadağ’ın (2015) çalışmasında ağrısı olan hastalar ağrı şiddetlerini, %33.8’inin şiddetli, %20.4’ünün orta şiddetli ve %31.3’ünün çok şiddetli, hissettiklerini saptamıştır (28). Acar’ın çalışmasında ise hastaların %22.7’sinin ağrısı olmadığı, %39.7’sinin rahatsız edici, %29.3’ünün hafif, %6.7’sinin şiddetli ağrısının olduğunu saptamıştır (29). Fransa’da yapılan bir çalışmada, kolesistektomi, inguinal herni, splenektomi, sternotomi, torokotomi, diz atroskopisi, meme cerrahi ve sezaryen ameliyatı olan 2397 hastanın, ağrı şiddetine bakıldığında, en çok diz atroskopi ve torokotomi cerrahilerinde, en düşük ise inguinal herni ve sezaryen operasyonlarında olduğu bulunmuştur. Hastaların operasyon sonrası 3. haftada %34.8’inin, 6. haftada ise %29.5’nin sürekli ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir (30). Montes ve ark. (2015) ameliyat sonrası dört aylık ağrı takibi çalışmalarında, torakotomi sonrası % 31’inde, vajinal histerektomi sonrası % 27’inde ve fitik onarımı ve histerektomi sonrası hastaların % 18’inde günlük aktivitelerin etkilendiğini saptamıştır (31).

Ameliyat sonrası ağrı, birçok organ ve sistemin, aktivitesini ve fonksiyonunu etkileyerek bozmaktadır. Bunun sonucu olarak hastalarda iyileşme süresinin uzamasına ve hasta konforunun olumsuz etkilemesine neden olmaktadır (32, 33). Her durumda ağrı, vücut sistemleri üzerinde stres yanıtı oluşturur ve sistemler tarafından tehdit olarak algılanır. Ağrının uzun sürmesi durumunda, organizmada fizyopatolojik yanıtlar ve komplikasyonlar gelişebilmektedir (34). Ağrıya bağlı olarak anksiyete, hareket edememe, özellikle batin ve toraks cerrahileri sonrasında derin nefes alamama, etkili öksürememe nedeniyle hipoksi, atelaktazi, pnömoni ve akciğer enfeksiyonuna zemin hazırlamaktadır. Buna bağlı olarak, hastalar ağrı ile birlikte farklı sorunlarla karşılaşmakta ve ameliyat sonrası iyileşme sürecinin uzamasına, hasta konforunun bozulması ile karşı karşıya kalmaktadır (32, 35-40).

2.2. Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkileri

Cerrahi girişim sonrası gelişen harabiyet, sinir yapılarının doğrudan cerrahi travmayla zarar görmesi ve nöroseptörlerin uyarılması ağrıya neden olmaktadır. Ağrının ortaya çıkmasıyla, psikolojik değişiklikler ile birlikte patofizyolojik değişiklikler de görülmektedir (41). Meydana gelen bu değişiklikler, ilk dönemde bazal metabolizmanın uyarılmasını sağlarken, ağrı durumunun devam etmesi ile organizmadaki sistemler üzerinde birçok olumsuz durumun oluşmasına ve strese neden olmaktadır (42, 43).

Cerrahi girişim ve stresle birlikte solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner sistem ve kas metabolizmasının fonksiyonlarında bozulma, nöroendokrin ve metabolik değişiklikler meydana gelmektedir (37, 44, 45).

2.2.1. Solunum Sistemi

Üst abdomen ve toraks cerrahisi sonrası ağrıya bağlı olarak hastalar, yüzeysel solunum yapmakta ve güçlü öksürmemektedir. Bu durum, bronşial sekresyonların birikmesine, akciğer tidal volüm, rezidüel volüm, fonksiyonel rezidüel kapasite ve vital kapasitede azalma meydana getirmektedir. Hastalarda bunlara bağlı olarak, hipoksi, atelektazi ve akciğer enfeksiyonu komplikasyonları gelişebilmektedir. Nefes alamama ve güçlü öksürememe, bazı vakalarda hipoksemi, hiperkarbi, sekresyonlarda retansiyon, atelektazi ve pnömoni gelişmesine yol açmaktadır (43, 44, 46-50).

2.2.2. Kardiyo Vasküler Sistem

Cerrahi girişimler ve travmaya bağlı olarak gelişen ağrı, katekolaminlerin plazma yoğunluklarınınve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına neden olarak, sistemik vasküler direnci ve kan basıncını arttırmaktadır. Bu durum miyokardın oksijen gereksiniminin ve tüketiminin artmasına neden olmaktadır. Koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği bulunan hastalarda miyokard infarktüsü riskini artırabilmekte, taşikardi ve hipertansiyona neden olabilmektedir. Hastalarda ciddi ritim bozuklukları (atriyalfibrilasyon, supraventriküler taşikardi) ve ritim değişikliğine yol açmaktadır (43, 44, 49-53).

2.2.3. Gastrointestinal ve Üriner Sistem

Ameliyat sonrası hastanın sempatik sinir sistem uyarılmasının artması, splenik dolaşımında ve gastrointestinal motilitede azalmaya neden olmaktadır. Bu durum gastrointestinal peristaltizmde azalma, abdominal distansiyon, bulantı ve kusma gibi sorunlara neden olmaktadır. Azalmış olan intestinal motilitenin devam etmesiyle ileus tablosu gelişebilmektedir (37, 49, 51).

Ağrının üriner sistem üzerine etkisine bakıldığında, üretra ve mesanede gelişen motilite azalması sonucunda hastalarda idrar yapmada güçlüklerle karşılaşmaktadır. Sempatik tonusun ve sfinkter tonusun artması, mesane motilitesinin de azalması sonucu idrar retansiyonu görülebilmektedir (37, 44, 49, 50).

2.2.4. İskelet ve Kas Sistemi

Ameliyat sonrası ağrının nedeni, ameliyata bağlı oluşan inflamatuvar yanıt, ödem ve hareket kısıtlılığıdır (54-56). Ağrı, erken ayağa kalkmayı engelleyerek, hastanın hareketlerinin kısıtlanmasına, sempatik aktivitenin artması ile alt ekstremitelerde kan akımında azalmaya ve trombo embolik komplikasyon gelişme riskinin artmasına neden olabilmektedir (44, 49, 50, 52). Kas iskelet sisteminin, fonksiyonel durumuna dönmesi, erken dönemde altı hafta sürerken, tamamen eski fonksiyonel durumuna dönmesi ise ortalama bir yıl gibi bir sürede gerçekleşmektedir. İlk dört haftalık süreçten sonra, ağrının şiddeti azalması ve hastaların fiziksel

fonksiyonları iyileşmesiyle temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları güçlükler de azalmaktadır (57).

2.2.5. Endokrin Sistemi

Ameliyat sonrası ağrının neden olduğu strese bağlı olarak anabolik hormonların salınımında azalma, katekolamin ve katabolik hormonların salınımında artma olmaktadır. Buna bağlı olarak insülin ve testosteron salınımı azalmaktadır. Ameliyat sonrası görülen sodyum-su retansiyonu, hiperglisemi, bozulmuş yağ metabolizması, keton ve laktat artışı, negatif azot dengesi ile yara iyileşmesinde gecikme ve buna bağlı ağrının devamı ya da şiddetlenmesi görülebilmektedir. Devamında hipertansiyon, disritmi, taşikardi, immün yanıtta azalma, sodyum retansiyonu, oligüri ve tromboemboli riski oluşabilir (44, 51, 53, 58, 59, 60).

2.2.6. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması

Hastaların ağrısının doğru ve detaylı değerlendirilmesi, tanı ve tedavinin de doğru yapılmasında öneml bir yere sahiptir (52). Ağrının tanılanmasının ve değerlendirmenin en basit şekli, hastanın ağrısının var olup olmadığının sorgulanmasıdır. Fakat ağrı durumunun “var” ya da “yok” olması, ağrı değerlendirmesi için zayıf kalmaktadır. Ağrı değerlendirilmesinin güçlendirilmesi için ağrının şiddeti, ağrının tipi, ağrının özelliği, ağrının bölgesi, ağrının zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerinde dahil edilmesi önemlidir (61). Bu değerlendirmede ameliyat sonrası ağrı yönetiminin iyi yapılabilmesi ve başarı sağlanması için, ölçekler kullanılmaktadır. Ölçekler tek ve çok boyutlu olmak üzere farklı tiptedirler (Tablo 2.1). Hangi ölçüm aracı kullanılırsa kullanılsın dikkat edilmesi gereken nokta, ameliyat öncesi ve sonrası aynı hastaya aynı ölçeğin kullanılması gerektiğidir (52, 61, 62).

Tablo 1.1. Ağrı değerlendirilmede kullanılan yöntemler.

Tek Boyutlu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
Sayısal Tanılama Skorlama Sözel Tanılama Skorlama Visüel Analog Skala (VAS) Görsel Kıyaslama Ölçeği Burford Ağrı Termometresi	Dartmount Ağrı Soru Formu McGillMelzack Ağrı Soru Formu West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi Davranış Modelleri Ağrı Algılama Profili Yüz İfadesi Ölçeği

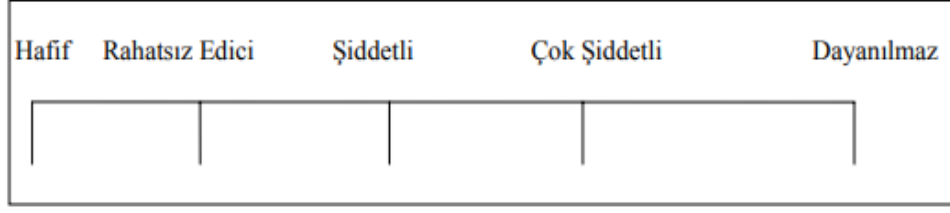
2.2.7. Tek Boyutlu Ölçekler

Ağrının şiddetini doğrudan ölçmek için tek boyutlu ölçekler kullanılmakta olup, değerlendirmeyi hastanın kendisinin yaptığı bir skaladır. Bu tür ölçekler “Sözel Tanılama Skorlama, Sayısal Tanılama Skorlama, Visüel Analog Skala (VAS), Burford Ağrı Termometresi ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)”dır (58, 62, 66).

Sözel Tanılama Skorlama

Hastanın durumunu sözel olarak tanımlayabileceği bir skaladır. Sözel tanılama skoru, basit ve kolay uygulanabilir bir ağrı tanılama yöntemidir. Hasta, ağrısını tanımlayan en uygun ifadeyi seçer. Ağrı şiddeti, hafiften çok şiddetli olarak, dört kategori olarak sınıflandırılır (50, 52).

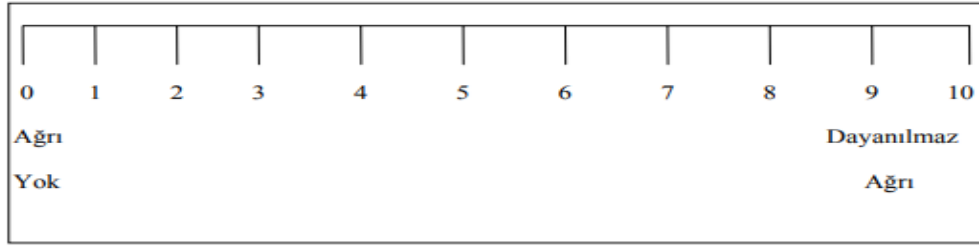
- *Basit skala:* "Yok-Az-Orta-Şiddetli"
- *Betimsel skala:* "Şiddetli-Orta-Hafif-Yok" hesaplanabilir (50, 67).



Şekil 2.1. Sözel tanılama skorlaması (50).

Sayısal Tanılama Skorlama

Bu yöntem hastanın ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olup, hastanın ağrısını rakamlarla belirlenmeyi amaçlar. Bu ölçeklerde “(0) ağrı olmadığını” tanımlayarak başlayıp “(10-100) dayanılmaz ağrı” seviyesine kadar ilerler (50, 68).



Şekil 2.2. Sayısal tanılama skorlaması(50).

Visüel Analog Skala (VAS)

“Bir ucu ağrısız, diğer ucu dayanılmaz şiddette ağrıyı ifade eden 10 cm (100 mm)’ lik bir cetvel üzerinde başlangıcının ağrısız, bitişinin dayanılmaz ağrıyı” ifade eden algıladığı ağrının şiddetini tanımlar. VAS, ağrıda tanımlanamayan duyguları sayısal değere çevirmek için kullanılır. 10 cm çizginin iki ucuna 0 ve 10 olarak belirtilir ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu nokta koyarak ya da çizgi çizerek belirtmesi istenir. Hastanın ağrısının şiddetini hastanın ağrının olmadığı bölümden işaretlediği bölümün arasındaki mesafe ölçülen yerdir. Testin en önemli avantajı bir dili olmaması ve uygulama kolaylığıdır (50, 69).

Burford Ağrı Termometresi

Burford Ağrı Termometresi basit ve sayılarla birleştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek sözlü ifadeleri içermekte, hastanın ağrı şiddetine, hemşire ve hastanın uygulanan tedavinin etkinliğiyle ilgili yorumlarına yer verilmektedir (50, 65,70). Bu tanılama ülkemizde kullanımı henüz tercih edilmemekle birlikte, kolay ve sayılarla eşleştirilmiş sözel anlatımlar içermektedir. Skalada; “0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı” tanımlanmıştır (50, 65, 67).

2.2.8. Çok Boyutlu Yöntemler

Ağrı değerlendirilmesinde Tek Boyutlu Ölçeklerinin kullanımında karşılaşılan eksiklikler nedeniyle ağrı durumunun göz ardı edilen yanlarını meydana çıkaran Çok Boyutlu Ölçekler kullanılmaya başlanmıştır (67, 71).

McGill Ağrı Soru Formu (MASF)

McGill Ağrı Soru Formu, hastalarda ağrı değerlendirilmesinde ve sorgulanmasında en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Ancak, McGill Ağrı Soru Formu'nun çok uzun olması, hastalar tarafından çok zor doldurulması ve hemşirelerin uygulaması için zaman gerektirmesi sebebiyle uygulanmasında bazı aksaklıklar görülmüştür. Bu sebeple 1987 yılında Melzack tarafından McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) geliştirilmiştir. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nun uygulama süresinin kısa olması, ağrının duyuşal özelliği, şiddeti ve etkisi hakkında bilgi vermesi, anketin kullanımını avantajlı hale getirmiştir (72). Bu formun geçerlilik ve güvenilirliği Eti Aslan ve Olgun 1998 yılında (71), Biçici tarafından 2010 yılında yapılmıştır (73). Anket dört bölümden oluşmaktadır. Formda “hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısı, sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler” yer almaktadır.

- *Birinci Bölüm:* “Vücut şeması üzerinden hastadan ağrısının yerini işaretlemesi ve “ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y harfleri” ile belirtmesi istenir.”

- *İkinci Bölüm:* “Ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 kelime kümesinin ilk 10’u ağrının duyuşal boyutunu, 10. kümeden 15. kümeye kadar algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Diğer dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır” (23, 50, 71).
- *Üçüncü Bölüm:* “Ağrının zamanla ilişkiş yer alır. “Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri”tespit etmeye yönelik sözcük grupları vardır.”
- *Dördüncü Bölüm:* “Ağrının şiddetini saptamaya yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında farklılık göztiren beş sözcük grubu bulunmaktadır. Ayrıca “yaşanabilir= hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabullenebileceği veya günlük yaşamını rahatbir şekilde devam ettirebileceği altı soru bulunmaktadır (73-75).

2.3. Ağrıda Tedavi Yöntemleri

Ağrı yönetiminin temelinde, ilaç tedavisi, girişimsel yöntemler ve ilaç dışı yöntemlerden yeralmaktadır.

2.3.1. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik yöntemler ağrı konturölünde en çok kullanılan yöntemlerdir. Amerikan Kronik Ağrı Derneği’nin 2018’te yayınladığı rehberde, kronik ağrı kontrolünde ve tedavisinde kullanılan ilaçlar dört sınıfta ele alınmaktadır (76).

Non-opioid İlaçlar

Aspirin, steroidolmayan antiinflamatuvar ilaçlar ve asetaminofen non- opioid grup ilaçlardır. Steroid olmayan anti enflamatuvar ilaçlar, opioid tüketimini ve opioid ile ilişkilili yan etkileri azaltmak amacıyla tercih dilmektedir. Fakat bu grup ilaçların kullanımını risksiz de değildir (77). Çalışmalarda steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların kullanımında kemik rezorpsiyonuna neden olduğu bildirilmiştir (78, 79).

Opioid İlaçlar

Opioidlere narkotik grubu ilaçlar olarak denilebilmektedir. Kuvvetli opioid analjezikler (morfin, kodein hidrokodon, oksikodon vb.) ve zayıf opioid analjezikler (tramadol vb.) olarak iki gruba ayrılmıştır. Şiddetli ağrılarda etkili olsalar da, bulantı

kusma, sedasyon, solunum depresyonu, idrar retansiyonu ve ileus gibi doza bağılı yan etkileri görülebilmektedir (80). Yan etkileri nedeniyle hastalarda kullanımı tedirginliğe neden olmaktadır. Opioid ilişkili advers olaylara bağılı olarak, ortalama maliyet oranlarını da yükseldiğı belirlenmiştir (79, 81, 82).

Adjuvan analjezikler

Bu tip ilaçlar; başlangıçta hastanın ağrı dışında karşılaşılan farklı semptomlarını gidermek maksadıyla kullanılmıştır. Daha sonra ise, ağrı durumunu gidermeye yardımcı olmak için kullanılmaya başlanmıştır. Bu grup ilaçlara antikonvülsanlar ve antidepresanlar örnek olarak verilebilir. Çok çeşitli ameliyatlarda (jinekolojik, abdominal ve ortopedik ve diş ameliyatları) ve ameliyat sonrası görülen akut ve kronik ağrılarda tercih edilmektedir. Bu grup ilaçların dezavantajları, sedasyon, görsel bozukluklar, baş dönmesi ve baş ağrısı gibi yan etkileridir (32, 79, 83).

Diğer ilaçlar

Direk ağrı kesici niteliğı olmayan ilaç gruplarıdır. Ağrı yönetim planlanmasında yardımcı ilaç olarak kullanılabilir. Bu ilaçlar anksiyete, uykusuzluk, kas spazmı, depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Antiemetikler, myolorelaksanlar anksiyolitikler bu grup ilaçlara örnek olarak verilebilir (84).

2.3.2. Girişimsel Yöntemler

Girişimsel yöntemler, ağrı kontrolünde ilaçlara bağılı yan etkiler ile karşılaşıldığında ve farmakolojik tedavide başarısız kalındığı durumlarda uygulanmaktadır. Ağrı tedavisinde kullanılan girişimsel yöntemler arasında, spinal opioid uygulamaları, radyo frekans, termokoagülasyon uygulamaları, sinir blokajları, epidural steroid uygulamaları vb. yöntemler sayılabilir (39).

Sinir Blokları

Sinir blokları, sinir iletiminde kalıcı kesinti ya da uzun süreli uygulamak için fiziksel uygulamaların veya kimyasal ajanların kullanıldığı girişimlerdir (64). Sinir blokaj yöntemi, nöropatik ağrı tedavisinde ağrıyı gidermek için kullanılmaktadır.

Vücutun torakal, servikal ve lomber bölgelerine termal radyofrekans verilerek, sempatik zincire lokal anestezipler veya kimyasal sinir destrüksiyonu yapılarak ajanlar bloke edilmektedir (86).

Intraspinal Analjezi

Lokal anestezipler ve opioidlerin epidural ve intratrakeal olarak uygulanmasıdır (64). Son yıllara adjuvanların intratrakeal ve spinal blok anestezipleri olarak kullanımı çok popüler olarak kullanılmaktadır. Opioidlerin bu kombinasyonda kullanımı oluşabilecek kardiovasküler değişimi en az düzeye indirmekte ve hastanın konforunu arttırmaktadır (85).

Sinir Stimülasyon Teknikleri

Bu yöntem santral sinir sisteminde endojen ağrı modülasyonu ve inhibisyonundan sorumlu sistemlerin elektriksel uyarı ile aktive edilerek analjezi oluşturmaktadır. Cilt altına yerleştirilen bir merkezden çıkan düşük voltajlı elektrik akımı ile spinalkord, beyin sapı ve korteks gibi yapılar uyarılır (64). Düşük yoğunluklu ve yüksek frekanslı elektriksel akımın uygulamasıyla uyarılan kalın A-lifleri, spinal kapının kapanmasına neden olarak ağrının beyin tarafından algılanmasını engellenmektedir (86).

Cerrahi Teknikler

Ağrının meydana geldiği, modüle edildiği, algılandığı merkezlerle ağrıyı ileten yolların kesilerek çıkartıldığı yöntemlerdir (70).

2.3.3. Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Ağrı yönetiminin medikal olarak yönetilemediği durumlar, hastaları ve bakım verenleri ağrının kontrolünde başka yöntemlere yönlendirmiştir. Bu nedenle farmakolojik olmayan yöntemler ya da Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) uygulamaları ağrı kontrolünde uygulamaya başlanmıştır (87). Farmakolojik olmayan yöntemler, toplum veya kültürlerin sağlık sisteminin haricinde olan tüm sağlık hizmetleri, uygulamaları, yöntemlerini ve bunlarla birlikte inançları ve teorileri

kapsayan büyük çaplı bir sağlık alanıdır (88). Farmakolojik olmayan yöntemler tüm dünyada giderek artmaktadır (89).

İnsanların sağlıklı ve daha uzun süreli yaşama istekleri, ilaçların zararlı etkilerinden çekinme, sağlıklı davranışları güçlendirme, immün sistemi güçlendirme, gerginlik kaçınma, siyasi, dini, sağlık vb. konulardaki inanç ve değerleri farmakolojik olmayan yöntemleri kullanılmasını etkileyen önemli faktörlerdir (90, 91). Ağrı kontrolünde sık kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin arasında; egzersiz, masaj, soğuk-sıcak uygulamalar, pozisyon verme, dinlenme, akupunktur, dokunma; dikkati başka yöne çekme, gevşeme, müzik terapi dua etme, meditasyon, refleksoloji, hipnoz, aromaterapi, vb. yer almaktadır (92).

Soğuk Uygulama

Soğuk uygulama yapılan bölgede deri ve altındaki dokularda vazokontrüksiyon yaparak derinin sıcaklığını azaltır, deri renginde solukluk gözlenir ve yüzeysel sıcaklık azalır. Soğuk uygulama, ağrı kontrolünde kullanılmasının yanında kanamanın kontrol edilmesi amacıyla da kullanılmaktadır (93). Soğuk banyolar soğuk içerikli sprey çeşitleri, soğuk kompresler ve buz ile masaj yapılarak oluşturulan soğukluk, sinir lifleri ile birlikte sinir reseptörlerindeki sıcaklığını azaltır ve derideki duyarlılığın azalmasını sağlar (50).

Egzersiz

Hastalarda yapılan egzersiz yöntemleri, kas ve iskelet sisteminin hareketini artırarak, damarlardaki kanın akışını hızlandırır. Kontraktürleri ve kas spazmları önlemektedir. Yapılan egzersizler, ağrıyı hafifletir ve hasta konforunun arttırmasını sağlar (50,72).

Masaj

Deri ve deri altında bulunan sinir reseptörleri masaj uygulamasıyla uyarılmakta ve spinal kord yoluyla beyine ulaşmakta daha sonra hastada rahatlama sağlanmaktadır. Masajla, lenf ve kan dolaşımında hızlanma, kaslarda gevşeme olarak görülmektedir. Masaj tekniği advers etkileri olmayan bir yöntemdir (94, 95, 96).

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” yazmış olduğu kitap, zamanımıza kadar gelmiştir. Akupunktur yönteminde, baş, kulak ve vücudun farklı yerlerindeki noktalara “meridyen denilen hayali çizgiler” üstüne iğne uygulaması yapılmaktadır (97, 98).

Akupunktur tedavisine genellikle üç veya dört haftalık tedavi sürecinde yanıt alınmaktadır. Kronik hale gelmiş şikayetlerde ise, ilk altı seans sonrasında biraz iyileşme olması beklenmektedir (99, 100, 101).

Refleksoloji

Refleksoloji 12 bin yıllık geçmişe sahip olduğu düşünülen refleksolojinin ilk çıkış yeri Mısır ve Çin'dir. Bu yöntemden bahseden ilk belgeler M.Ö 2500-2300 dönemlerine dayanmaktadır (102).

Bedenin kendi kendini iyileştirme gücünden yararlanılarak, ayağa özel ovma hareketiyle uygulanmak suretiyle, vücutta bloke olan enerjiyi uzaklaştırılmaktadır (94, 95, 96). Refleksolojinin fizyolojik yanıtlara neden olarak tedavi ettiği öne sürülmektedir. Her organın el, ayak ve kulakta denk geldiği spesifik bir alan vardır. Bu spesifik alanlara basınç uygulayarak verilen stimuluslar organlarda cevaba neden olarak rahatlamayı sağlamaktadır (103).

Gevşeme Teknikleri

Bu teknikler Jacobson tarafından, “ağrı, doğum, anksiyete, uykusuzluk ve kızgınlık gibi birçok durumda kullanılan, kasların bölümlerinin gerilmesi ve gevşetilmesi şeklinde bir yöntem” olarak tanımlanmıştır. Gevşeme teknikleri, vücutta santral sinir sisteminin ve sempatik sinir sisteminin uyarılması, kas gerginliği ile etki etmektedir (50, 104, 105). Hastalara solunum egzersizleri ile gevşeme sağlanması yöntemlerinden biridir. Solunumu burundan nefes alıp ağızdan nefesi verme şeklinde uygulanmaktadır. Solunum egzersizi beş dakikalık işlemlerde, tüp, dren çıkarılmalarında ve sütür işlemlerinde kullanılmaktadır (104, 106).

Dikkati Başka Yöne Çekme

Bu yöntemin amacı hastanın dikkatin ağrı haricindeki farklı uyaranda yoğunlaştırarak, ağrı duyarlılığını azaltmak ve ağrı toleransını artırmaktır. Dikkati başka yöne çekmede düşünme, müzik dinleme, ritmik solunum, kitap okuma ve televizyon izleme gibi teknikler kullanılabilir (50, 72).

2.4. Ağrı İnançları

Kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden alan inançlar, bilişsel bakış açısında kişinin kabullenmiş olduğu düşünce sisteminin temel yapısı olarak kabul edilmektedir. Beck'e göre inançlar, bireyin kendine, insanlara ve dünyaya dönük duyguları, tutumları ve algılarını kapsamakta olduğunu belirtmiştir. Akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançların kavramlaştırılmasını psikiyatri ve psikoloji alanında kabul etmiştir (107). Ellis, inançların ve düşüncelerin, tutumlar olabileceğini ve duyguların da birincil belirleyeni olduğunu ifade etmiştir (108). Bilgiseven'e göre ise "insan yaratılışı gereği inanmaya yetenekli bir varlıktır. İnanç sadece insana has bir duygudur ve din olgusu, insanları diğer varlıklardan ayırt eden temel özelliklerden birisidir" (109).

Bireyin inançlarında kültür, çok özelleşmiş yöresel inançlar, tutum ve alışkanlıklar hatta felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içermektedir (110). Babadağ'ın (2015) yapmış oldukları çalışmada ağrı inancının tedavi sürecini etkilediğini ve ağrı ile baş etme yollarının farklılaştığını belirtmiştir (28). Berk' de (2007) ağrı inançları, baş etme becerileri, olumsuz duygu düşünce yapılanmaları ya da ağrıya uyum gibi diğer bilişsel ve davranışsal yapıları etkileyen önemli bir moderatör olarak değerlendirilebileceğini bildirmiştir (111). Ağrının psikolojik faktörlerin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ağrı görüşleri ve tutumlarının bireylerin görüşlerinden etkilendiğini tespit etmişlerdir (112).

Bireylerdeki kültürel farklılık, cinsiyet, yaş, bilişsel özellikler, emosyonel durum, genetik faktörler, farklı etnik gruplar, yaşanan coğrafi bölgenin özellikleri ve gelir düzeyi; ağrı deneyimlerini, bölgesini, sıklığını, şiddetin, ifade etmeyi, ağrı inanışları ve baş etme yöntemlerini etkilemekte ve farklı gruplarda farklı özelliklerle ortaya çıkmaktadır (11, 14, 110- 115). Farklı coğrafi bölge insanları üzerinde yapılan

çalışmada Amerika ve Ortadoğu toplumlarının ağrı toleranslarının ve ağrı eşiklerinin düşük olduğu belirtilmiştir (115, 116). Tanrıverdi'nin farklı yaş grubunun olduğu çalışmasında yaşlılarda, kadınlarda, eşinden ayrı veya boşanmış olan hastalarda ağrı sıklığını artırdığını bildirmiştir (117).

Lovering'in (2006) çalışmasında, Kuzey Afrika, Filipin, Suidi ve Asya kültürlerinde bitkisel tedavi ve geleneksel ağrı tedavisinde kullanımında benzerlikler olduğu bildirilmiştir (118). Müslüman toplumların çoğu hastalığın tedavisinde diyet takviyesi, bitkisel tedaviler, kupa vurma ve kırık çıkığın düzeltilmesi gibi geleneksel yöntemlere başvurulduğunu saptamıştır (119).

Ağrı inançları temelde psikolojik ve organik olarak iki kavrama yoğunlaşmıştır. Organik inanç kavramında ağrılarının“vücutta yaralanma, zarar,” nedeni oldu düşünülmektedir. Hastalar ne oranda hasar ve yaralanma varsa o oranda ağrısının fazla olabileceği inancına sahip olmaktadır. Psikolojik ağrı inancında ise ağrının nedeninin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerin olduğuna inanılmaktadır (111). Babadağ'ın (2017) öğrenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, öğrencilerin %80,3'ünün ağrı kontrolünün kendisinde olduğunu belirtmiş olup organik inancı yüksek olanlarda ağrının tanrıdan geldiğine inandıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada ağrı sıklığı arttıkça organik ve psikolojik inanç puanının anlamı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (120). Babadağ'ın (2015) algoloji hastaları üzerinde yapmış olduğu bir başka çalışmada ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların organik inançlarını düşük olduğu bulunmuştur. Buna göre bu kişiler ağrının sadece yaralanma sonucu ve bedende oluşan hasardan ziyade, ağrı sebebinin dışsal faktörlerle ilişkilendirildiği bildirmiştir (28). Beytut'un çalışmasında hemşirelerin %31,1'i her ağrının tedavi edilmeyi gerektirmediğini ve %93,2'si ağrıyı bir ceza olarak görmediklerini belirtmiştir (121).

Ağrı, kişinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olması nedeniyle, hastalar kronik ağrı kontrolünde yaşadıkları ağrı şiddetine, tipine ve ağrı inançlarına göre farklı farmakolojik olmayan yöntemlere başvurabilmektedirler (122). Birge'nin çalışmasında hastaların %49.1'i ağrısını yönetmede farmakolojik olmayan yöntemler kullandığını bildirmiştir. Bu yöntemler arasında %18.1'inin çin bitkileri, %49'unun akupunktur, %16.2'sinin masaj, %12.4'ünün vitamin ve %15.2'sinin çin tıbbı kullandığı belirlenmiştir (17). Peleg ve ark (2011) hastaların ağrısını gidermede

%50.3'ünün tamamlayıcı tıp kullandıklarını belirtmişlerdir (122). Murthy ve ark. (2015) yapmış oldukları çalışmada insanların sırt ağrısıyla baş etmek için, %6-60.2'sinin akupunktur ve %7-41.4'ünün de masaj yöntemlerini kullandıklarını saptamışlardır (123). Nijerya'da kas-iskelet ağrısı yaşayan bireylerin %80.1'inin masaj ve %83.8'inin bitkisel terapi yöntemi kullandığı, Singapur'da yapılan bir çalışmada da toplumun bitkisel yöntemleri karın ağrısını ile baş etmede daha çok kullanıldığı belirlenmiştir (81, 124).

2.5. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirenin Rolü

Ağrısı olan hasta ile en çok karşılaşan ve çoğu zaman da ağrısı geçmeyen hastanın sıkıntısına çözüm arayan sağlık bakım ekibi üyesi, hemşiredir. Hastalarla daha uzun süre vakit geçirmesi, hemşireleri diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan özelliğidir (125-128). Hemşirelik, kliniklerde birçok konuda hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirmektedir. Doğru ve etkin bir ağrı kontrolü için etkili bir ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Hemşire, hastanın ağrısını gidermek için yapmış olduğu girişimlerle bakım, eğitim, araştırma, tedavi, danışmanlık, rehabilitasyon ve destekleyicilik rollerini de gerçekleştirmektedir. Bu nedenle hemşirenin ağrı fizyolojisi, ağrının tanınması, değerlendirilmesi, ağrı kontrolü konusunda bilgi, deneyim ve beceri sahibi olması gerekmektedir (129,130).

Ağrının giderilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) göre, öncelikle ağrının tanınması, ağrının şiddeti, yeri, niteliği ve hastanın ağrıya ilişkin tepkileri belirlenmelidir (129-133). Bu nedenle ağrının giderilmesinde ilk olarak doğru tanılama yapılması oldukça önemlidir (134-136). Hastaların ağrısına ilişkin güvenilir verilerinin elde edilmesinde, ağrı izlem ve tanılama formlarının ve ölçeklerin (VAS, MAÖ-KF vb.) kullanılması gerekmektedir (130, 131, 133, 137). Yapılan bir çalışmada hastaların %75.4'ü ağrılarının değerlendirmesinde, ölçek kullanılması durumunda kendisini iyi ve güvende hissettiğini belirtmişlerdir (26). Bostancı'nın yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %84.5'inin ağrıyı değerlendirmede ölçek kullandığını, hemşirelerin ağrı ölçeğini %65.0'inin her zaman kullandıklarını saptamıştır (138). Ağrı subjektif bir deneyim olması nedeniyle ağrının değerlendirme sürecinde ölçek kullanmak ve hastaya

inanmanın önemli olduğu bilinmelidir (134). Bununla birlikte ağrı konusunda hastanın endişelerini ifadeetmesine ve soru sormasına müsaade edileli ve bu süreçte hastanın gizliliğine de özen gösterilmelidir (64, 135, 139-141).

Ağrı tanılması sonrası ağrının yönetiminde hekim tarafından istemi yapılmış farmakolojik yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Hemşirelik kayıtlarının incelendiği çalışmalarda, hemşirelerin hastanın ağrısını azaltmak için en fazla bağımlı rollerinden olan “analjezik uygulaması” yaptıklarını, bu işlemleri kayıt etmede de çok zaman harcadıkları belirlenmiştir (142-144). Ağrı tedavisinde analjezik ilaç olarak parasetamol, non-steroidler ve opioidler tercih edilmektedir. Opioid türevi ilaçların kullanımına bağılı olarak hastalarda bulantı, kusma, konstipasyon, yorgunluk, uyku hali gibi yan etkiler görülmektedir. Ağrı tedavisinde hekim istemine göre sonuçlarının değerlendirilmesi ve analjezik tedavinin uygulanması konusunda hemşirelerin bilgi ve tecrübe sahibi olmaları bu açıdan önem taşımaktadır (131, 133, 145).

Farmakolojik yöntemlerin tek başına yetersiz olduğu durumlarda hemşirenin bağımsız rollerinden olan farmakolojik olmayan yöntemlerden de destek alınmalıdır. Refleksoloji, akupunktur, masaj, teröpatik dokunma, müzik dinleme, kas gevşeme egzersizleri, sıcak ya da soğuk uygulama, pozisyon değıştirme, farmakolojik olmayan yöntemlerden bazılarıdır (146, 161). Bu yöntemleri uygulamak hastanın yoğun bakım ünitesinden servise geçişini, taburculuğunu ve iyileşmesini hızlandırmaktadır (147, 148). Bacaksız ve ark. çalışmasında ağrı tedavisinde hemşirelerin %37.2’sinin pozisyon değıştirme, %96’sının sıcak-soğuk uygulama, %85.9’unun da dolaşımı rahatlatmak için masaj uygulaması yaptıkları belirlenmiştir (146). Her türlü ağrı yönetiminde dikkat edilmesi gereken bir konu da, hastalarda ağrıya neden olabilecek etmenlerden ve stresten uzak tutmaya çalışmak; hastaların odalarının sakin ve huzurlu bir ortam olması için gerekli girişimleri yapmaktır. Ağrı kontrolü ile ilgili bir çalışmada, %84,4’ü hastalığın, hemşirelerin %95.9’u stresin ve %53.8’i gürültünün ağrıyı etkileyebileceğini belirtmişlerdir (149).

Ağrı tedavisinde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliğini arttırmak ve daha hızlı bir cevap alabilmek adına, hasta ve ailesinin sürece dahil edilmesi gerekmektedir (131, 133). Çetinkaya ve Karabulut’un yapmış oldukları çalışmalarında ameliyat öncesi eğitim verilen hastaların kaygı ve ağrı düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir (150). Buna bağılı olarak hemşireler hastalara, ameliyat

olmadan önce ağrıyla baş edebilmeleri için, gerekli eğitimler gerçekleştirmeli, hastane ve evdeki uyumu sağlamak için gerekli planlamalar yapmalıdır (62, 130, 131, 133, 179, 185).

Ağrının tanınması, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarını içeren tüm süreçlerde hemşirenin tutumu önemlidir. Hastaların ihtiyaçlarını en doğru şekilde belirleyebilmek ve bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için hemşireler empatik yaklaşımda bulunmalıdır. Bu yaklaşım hastalar anlaşıldığını hisseder ve kendisine değer verildiğini ve güvenildiğini düşünür. Bu durum hemşirenin hastaya ulaşması ve planladığı bakımı uygulamasını kolaylaştırmaktadır. Böylelikle bireyselleşen bakımla olumlu tedavi ortamı sağlanmış olur. Hastaya sunulan hizmetin sonrasında tedavinin olumsuz sonuçlarını azalır ve iyileşme hızını artırır (151,152).

Bütün ağrı yönetimi süreçlerinde ağrı değerlendirmesini kapsamlı bir şekilde yapan hemşire, elde ettiği veriler doğrultusunda hastanın ağrısını kontrol edebilir, hastaya uygunluğu belirlenmiş olan farmakolojik olmayan yöntemi tespit edebilir, belirlenmiş olan yöntemi hastaya öğretebilir, hastayla beraber uygulayabilir ve elde ettiği sonuçları değerlendirebilir (153).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Üroloji Kliniklerine ameliyat olmak için yatışı yapılan hastaların, sahip oldukları ağrı inançlarının, ameliyat öncesi ve sonrası dönemler arasındaki ilişkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Ankara Şehir Hastanesi'nde 11 Şubat- 31 Mart 2019 tarihleri arasında, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Üroloji Kliniklerinde yapılmıştır. Bu klinikler, major cerrahi ameliyatların yapılmakta olmasından dolayı tercih edilmiştir. Hastane fiili 3780 yatak sayısına sahip olup bunun 2300 yatağı aktif olarak kullanılmaktadır. Ameliyathanede toplam 145 ameliyat masasının 45 masası aktif olarak kullanılmakta ve günlük ameliyat sayısı ortalama 200' dür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenine Ankara Şehir Hastanesi Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji Kliniklerine ameliyat amacı ile yatan hastalar oluşturmuştur.

Çalışmanın Power Analizi, örneklem için “Tip 1 hata miktarı 0.05, testin gücü 0.80 iken iki ortalama arasında farkın anlamlı” bulunabilmesi için en az hasta sayısı 372 olarak belirlenmiş olup çalışmamızda toplam 377 hastaya ulaşılmıştır.

Çalışmamıza işitme sorunu olmayan, bilinci açık, 18 yaş ve üzeri, daha önce ameliyat geçirmemiş ve araştırmayı kabul etmiş hastalar dahil edilmiştir. Daha önce herhangi bir nedenle ameliyat geçiren hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Başkanlığını'na başvurularak alınan 02 Ocak 2019-04 tarih-nolu Etik Kurul Onayı (Ek 6); çalışmanın uygulanabilmesi için Ankara Şehir Hastanesi'nden yazılı izin (Ek 7); Ağrı İnanç Ölçeği için Doç. Dr. Hanife Özlem Sertel BERK' ten yazılı izin (Ek 8) alınmıştır. Hastalar, çalışmaya dahil olup olmama konusunda kararlarının kendilerinde oldukları, istedikleri zaman sonlandırabilecekleri konusunda sözel olarak bilgilendirilmiştir ve yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek 5).

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanmasında, Veri Toplama Soru Formu (Ek 1), Vizüel Analog Skalası (VAS) (Ek 2), Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ) (Ek 3) ve McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu MAÖ-KF (Ek 4) olmak üzere dört form bulunmaktadır.

3.5.1. Veri Toplama Soru Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda (111, 120, 134, 154, 183, 184) Veri Toplama Soru Formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form, hastaların sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu gibi), ağrı bölgeleri, kullandıkları farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı tedavi yöntemlerini içeren 21 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. VAS (Vizüel Analog Skalası)

Vizüel Analog Skalası Albersnagel (1988) tarafından oluşturulmuş ağrı ölçme yöntemidir. VAS belirlenemeyen ağrı duygusunu sayısal olarak anlamlı hale getirmek için kullanılır. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (155, 160). Bir cetvel üzerinde 0 (sıfır) ve 10cm aralığı belirlenir. 0 (sıfır) "ağrı yok", 10 ise "olabilecek en kötü ağrı" yı ifade eder. Hastadan çizgi üzerinden ağrısını ifade eden yeri işaretlemesi istenir. Hastanın işaretlemiş olduğu mesafe, sıfır başlangıç mesafesi alınarak ölçülür (69, 156).

Dezavantajı, hastaların karmaşık his ve düşünceleri için sadece bir değer atamaya çalışmasıdır. Bazı hastalar, hissetmiş oldukları ağrıyı ifade etmekte tek bir numara seçme konusunda sorun yaşamaktadırlar. Beraberinde, çoğunlukla "en kötü ağrının" ne anlama geldiğinin açıklaması da güçtür. Çünkü her ağrı deneyimi farklıdır ve mevcut deneyimin "en kötü" olup olmadığı bilinmemektedir (157).

3.5.3. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)

Ağrı İnançları Ölçeği, Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek amacıyla 1992 yılında geliştirilmiştir (158). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Berk tarafından 2006 yılında yapılmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır (111). Bu ölçek, ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde ile iki test alanından oluşmuştur. Bunlar 8 maddeden oluşan Organik inançlar ve 4 maddeden oluşan psikolojik inançlar test alanlarıdır.

Organik ve psikolojik inançlar alt testleri şu şekilde sıralanmaktadır: Organik inançları 1., 2., 3., 5., 7., 8., 10. ve 11. maddelerdeki soruları, psikolojik inançları 4., 6., 9. ve 12. maddelerdeki sorular ifade etmektedir. Hastalardan testte bulunan cevaplardan 1. "hiçbir zaman" ile 6. "her zaman" arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygun olanı işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişir. Her alt test için toplam puan, o alt testteki maddelerden alınan puanların toplanıp, o alt teste ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır (111, 158).

Edwards ve ekibinin yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı organik inançlar alt testi için 0.71 ve psikolojik inançlar alt testi için de 0.73. olarak tespit etmişlerdir (158). Berk'in çalışmasında organik inançlar alt testi 0.70 ve psikolojik inançlar alt testi için 0.73 olarak bulunmuştur (111).

3.5.4. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF)

Ağrı değerlendirilmesinde çok boyutlu ölçekler içinde en çok kullanılanlardan biri olan MASF, Melzack ve Targerson 1971 yılında geliştirmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları 1998 yılında yapmışlardır. MASF'in uygulama süresinin uzun olması hasta ve hemşire açısından ölçeğin kullanımını sınırlamaktadır. Bu nedenle 1987 yılında Melzack tarafından MAÖ-KF geliştirilmiş ve anketin

kullanımını avantajlı hale getirmiştir. Ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği 1998 yılında Eti Aslan ve Olgun tarafından, 2007 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından romatoidli hastalar üzerinde ve 2010 yılında Biçici tarafından hastanede ağrısı olan hastalar üzerinde yapılmıştır (71, 73, 159).

Biçici'nin yapmış olduğu çalışmada MAÖ-KF' nin iç tutarlık güvenilirlik katsayısını analizine Cronbach alfa güvenilirlik belirleme yöntemi kullanılmıştır. MAÖ-KF'nin tümünün Cronbach Alfası testi: "0,78, tekrar test için 0,91" olarak tespit edilmiştir. Cronbach alpha MAÖ-KF'nin duygusal ve algılanan ağrı özellikleri beraber hesaplanmış, analiz sonucunda "duygusal ve algısal ağrı özelliklerinin cronbach alfa değeri 0,75" olarak bulunmuştur. İç tutarlılığın kabul edilebilir düzeyde olduğu bildirilmiştir (71).

McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu dört bölümden oluşmaktadır.

Birinci Bölüm: İlk bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve "ağrı derinden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hem de yüzeyde ise "DY" harfleri" ile belirtmesi istenir.

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı algısal, duygusal ve değerlendirme açısından tanımlanmış olan 20 sözcük grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına tanımlayan sözcükleri seçmesi ve seçmiş oldukları seçenekleri işaretlemesi istenir.

Üçüncü Bölüm: Ağrının zamanla ilişkisi yer alır. "Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri"tespit etmeye yönelik sözcük grupları vardır

Dördüncü Bölüm: Son bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik "hafif" ağrı ile "dayanılmaz" ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca "yaşanabilir=hedef ağrı" olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya günlük yaşamında rahatsız olup olmayacağı, ağrı şiddetini tespit etmek maksadıyla altı soru bulunmaktadır (71, 159, 160).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Hastalara çalışmanın amacı açıklanarak yazılı onamları (aydınlatılmış onam) alınmıştır. Araştırmacı tarafından ameliyat olacak hastalara, ameliyattan olmadan bir gün önce, hasta odasında, yüz yüze görüşme tekniği ile Veri Toplama Soru Formu, VAS ve AİÖ; ameliyat sonrası 24 saat geçip, 48 saati doldurmamış aynı hastalara tekrar AİÖ, VAS ve MAÖ-KF kullanılarak veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında her bir hasta için yaklaşık 20 dk zaman ayrılmıştır.

Ameliyat sonrası oluşan, travma, doku hipoksisi ve enflamasyona bağlı ağrı görülmektedir. Vatansever ve Akansel (2014)'in "Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması için farklı hasta gruplarıyla yaptıkları geçerlik ve güvenirlik çalışmasında hastaların %40.7'sinin ameliyat sonrası dönemde beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlediği görülmüştür (162). Sınmaz'ın çalışmasında hastaların ameliyat sonrası ağrısı, ilk 24 saatte deneyimledikleri; ağrı şiddeti puanı ortalaması 5.08, ağrı puan ortalamasının en şiddetli ağrı 8.37, en hafif ağrı puanı ortalaması 3.17, görüşme anındaki ağrı puanı ortalaması 3.71 olarak tespit etmiştir. Ulutaş ve ark. (2017) çalışmalarında ameliyat sonrası ilk 24 saat içindeki ortalama ağrı şiddeti puanını 4.07 olarak belirlemişlerdir (163). Yapılan benzer çalışmalarda da ağrısının olduğunu bildiren hastaların, ameliyattan sonra ilk 24 saatte görülen en şiddetli oranda olduğu belirlenmiştir (137, 164, 165). Bu nedenle hastalara uygulanacak ölçekler, ameliyattan sonra 24-48 saatleri arasında değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımsız Değişkenler

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çocuk sayısı çalışmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.7.2. Bağımlı Değişkenler

Çalışmaya katılan hastaların VAS değeri, Ağrı inanç modelleri ve McGill ağrı değeri çalışmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada ulaşılan verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programında yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Paired Sample-t” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımlı iki grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri), “bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H test (χ^2 -tablo değeri)” yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmada “p değerinin 0.05’ ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı” değerlendirilmiştir. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “ χ^2 -çapraz tabloları” kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda ulaşılan hastaların çoğunluğu Genel Cerrahi Kliniğinde olup en az Kalp Damar Cerrahi Kliniği oluşturmaktadır. Genel cerrahi hasta ameliyat oranlarının fazla olması nedeniyle cerrahi klinikleri arasında homojen bir hasta dağılımına ulaşamamıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1.'de çalışmaya dahil edilen hastaların sosyo demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmaya 377 hasta katılmış olup bunların %53.1'i erkek, %53.3'ü 50 yaş üzeri olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %81.2'sinin evli, %81.6'sının İç Anadolu bölgesinde yaşadığı, %51.2'sinin üç veya daha fazla sayıda çocuğu olduğu ve %33.3'ünün ev hanımı, %42.5'inin okuryazar veya okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %56'sının genel cerrahi kliniğinde; %46.4'ünün sindirim sistemi, %23.9'unun üriner sistem tanısı nedeniyle yatış yaptığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=377).

Değişken	n*	%
Cinsiyet		
Kadın	177	46.9
Erkek	200	53.1
Yaş sınıfları		
50 yaş ve altı	176	46.7
50 yaş üzeri	201	53.3
Medeni durum		
Evli	306	81.2
Bekar	71	18.8
Yaşanan bölge		
İç Anadolu	308	81.6
Marmara	21	5.6
Karadeniz	30	8.0
Doğu Anadolu	9	2.4
Güneydoğu	3	0.8
Ege	3	0.8
Akdeniz	3	0.8
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	50	13.3
1	26	6.9
2	108	28.6
3 ve üzeri	193	51.2
Meslek		
Memur	41	10.9
İşçi	90	23.9
Emekli	99	26.3
Ev hanımı	126	33.3
Öğrenci	15	4.0
İşsiz	6	1.6

Tablo 4.1. Devamı

Eğitim durumu		
Okuryazar veya değil	160	42.5
Ortaokul	97	25.7
Lise	72	19.1
Lisans veya Yüksek Lisans	48	12.7
Yatış kliniği		
Genel Cerrahi	211	56.0
Ortopedi	81	21.4
KVC	1	0.3
Üroloji	84	22.3
Ameliyat tanısı		
Kas iskelet sistemi	79	21.0
Sindirim sistemi	175	46.4
Üriner sistem	90	23.9
Solunum sistemi	29	7.6
Meme cerrahisi	4	1.1
Toplam	377	100

*Yüzdeler n=377 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların ağrı yönetimine ilişkin bulguları (n=377).

Değişken	n*	%
Kronik ağrı varlığı		
Var	174	46.2
Yok	203	53.8
Ağrı zamanı		
Akşam	54	31.0
Sabah	41	23.6
Gece	61	35.1
Öğle	10	5.7
Öğleden sonar	8	4.6
Analjezik kullanma zamanı		
Sadece ağrı olduğunda	223	59.1
Ağrı ile baş edemezse	125	33.2
Ağrı olmasa dahi doktor reçete etmişse	29	7.7
Farmakolojik olmayan yöntem kullanımı		
Kullanıyor	193	51.2
Kullanmıyor	184	48.8
Farmakolojik olmayan yöntemlerin faydasına inanma		
İnanan	157	41.6
İnananmayan	220	58.4

Tablo 4.2. Devamı

Farmakolojik olmayan yöntemleri tavsiye etme		
Ediyor	152	40.3
Etmiyor	225	59.7
Ağrıyı azaltma yöntemleri		
Analjezik ilaç kullanma	349	92.6
İstirahat	23	6.1
Masaj	5	1.3
Toplam	377	100

*Yüzdeler n=377 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.'de hastaların ağrı yönetmedeki yaklaşımlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların günlük yaşamlarında %46.2'sinin kronik ağrısının olduğu, bu hastaların %35.1'inin ağrısının gece olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %59.1'inin ağrısı olduğunda analjezik ilaçları kullandıkları ve %92.6'sı analjezik ilaç kullanımı sonrası ağrısının hafiflediği saptanmıştır. Hastaların %51.2'sinin analjezik ilaç yerine farmakolojik olmayan yöntemi tercih ettiği ve %63.7'si yöntem olarak masaj uygulamasını kullandığı tespit edilmiştir. Farmakolojik olmayan yöntemleri kullananların %41.6'sı bu yöntemlerin faydalı olduğuna inandıkları, %40.3'ünün bu yöntemleri tavsiye edeceği saptanmıştır.

Tablo 4.3. Farmakolojik olmayan yöntem kullanan hastaların tercih ettikleri uygulamaların dağılımı (n=193).

Değişkenler	n*	%
Farmakolojik olmayan yöntem kullanımı		
Masaj yapmak		
Soğuk/sıcak uygulama	123	63.7
Hayal kurmak	46	23.8
Dikkatini başka yönlere çekme	2	1.0
Müzik dinlemek	15	7.8
Gevşeme egzersizleri	3	1.6
	4	2.1
Toplam	193	100

*Yüzdeler n=193 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3.'de hastaların %51.2'sinin analjezik ilaç yerine farmakolojik olmayan yöntemi tercih ettiği ve %63.7'si yöntem olarak masaj uygulaması ve %23.8'inin sıcak soğuk uygulamayı kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların cinsiyet, yaş ve çalışma durumları ile farmakolojik olmayan yöntemlere inanma durumu arasındaki ilişkinin dağılımı (n=377).

Değişken	Farmakolojik olmayan yöntemlere inanma durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	85 (%55.2)	91 (%41.6)	$\chi^2=6.753$ p=0.009
Erkek	69 (%44.8)	128 (%58.4)	
Yaş			
50 yaş ve altı	60 (%39.0)	115 (%52.5)	$\chi^2=6.666$ p=0.010
50 yaş üzeri	94 (%61.0)	104 (%47.5)	
Meslek			
Memur	20 (%13.0)	21 (%9.4)	$\chi^2=19.198$ p=0.002
İşçi	30 (%19.5)	60 (%26.9)	
Emekli	40 (%26.0)	59 (%26.5)	
Ev hanımı	63 (%40.9)	63 (%28.3)	
Öğrenci	-	15 (%6.7)	
İşsiz	1 (%0.6)	5 (%2.2)	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “ χ^2 -çapraz tabloları” kullanılmıştır.

Tablo 4.4.’de hastaların cinsiyet, yaş ve çalışma durumları ile farmakolojik olmayan yöntemlere inanma durumu arasındaki ilişkinin dağılımı yer almaktadır. Cinsiyet ile farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farmakolojik olmayan yöntem inanan hastaların %55.2’sinin kadın olduğu, alternatif yöntem inanan hastaların %58,4’ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Farmakolojik olmayan yöntemlere inananların ağırlıklı olarak kadın olduğu, inananların ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Farmakolojik olmayan yöntem inama, yaş sınıfları aralarında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastaların %61’inin 50 yaş üzeri olduğu, farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastaların %52.5’inin 50 yaş ve altı yaş sınıfında olduğu belirlenmiştir. Farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastaların ağırlıklı olarak 50 yaş üzeri olduğu, inananların ise ağırlıklı olarak 50 yaş ve altı yaş grubunda olduğu bulunmuştur.

Farmakolojik olmayan yöntem inancı ile çalışma/meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastaların %40.9'unun ev hanımı olduğu ve farmakolojik olmayan yöntemlere inanmayan hastaların %26.9'unun işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların ameliyat türüne farmakolojik olmayan yöntem kullanımı ile analjezik ilaç kullanım durumunun karşılaştırılması (n=377).

Değişken	n	Analjezik ilaç kullanma durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık
		Evet (n, %)	Hayır (n, %)	
Ameliyat türü				
Kas iskelet	79	11 (%18.6)	68 (%21.7)	$\chi^2=17.010$ p=0.001
Sindirim	175	41 (%69.5)	134 (%42.7)	
Üriner	90	4 (%6.8)	86 (%27.3)	
Solunum	29	3 (%5.1)	26 (%8.3)	
Farmakolojik olmayan yöntemler				
Evet	193	36 (%61.0)	157 (%49.4)	$\chi^2=0.164$ p=0.686
Hayır	184	23 (%39.0)	161 (%50.6)	
Toplam	377	100	100	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “ χ^2 -çapraz tabloları” kullanılmıştır.

Tablo 4.5.'te hastaların ameliyat olacağı sistem ve farmakolojik olmayan yöntem uygulamasına göre analjezik ilaç kullanım durumunun incelenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların analjezik ilaç kullanma durumu ile ameliyat tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=17.010$; $p=0.001$). Analjezik ilaç kullanan hastaların en fazla (%69.5) sindirim sistemi, en az (%5.1) solunum sistemi tanısı olduğu bulunmuştur.

Analjezik ilaç kullanma durumu ile farmakolojik olmayan yöntemleri uygulama durumu açısından istatistiksel anlamlılık ilişkisi tespit edilmemiştir ($p=0.686$).

Tablo 4.6. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ puanlarının karşılaştırılması (n=377).

Ağrı inanç ölçeği	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	
Organik inançlar alt boyutu	4.47±0.98	4.5 [1.0-6.0]	5.52±0.92	6.0 [1.0-6.0]	Z=-5.877 p=0.000
Psikolojik inançlar alt boyutu	4.79±0.85	4.9 [2.6-6.0]	5.64±0.72	6.0 [2.5-6.0]	Z=-2.447 p=0.014

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.6.'te hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi ve sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-5.877; p=0.000). Ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastaların AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi ve sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2.447; p=0.014). Ameliyat sonrası psikolojik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu karşılaştırması (n=377).

Psikolojik inançlar alt boyutu	n	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	
Cinsiyet						
Kadın	177	5.50±0.86	6.0 [2.3-6.0]	5.59±0.82	6.0 [2.5-6.0]	Z=-1.319 p=0.187
Erkek	200	5.54±0.97	5.8 [1.0-6.0]	5.70±0.63	6.0 [2.8-6.0]	Z=-2.152 p=0.031
			Z=-1.783 p=0.075		Z=-0.992 p=0.321	
Yaş						
50 ve ↓	176	5.51±0.92	6.0 [1.8-6.0]	5.60±0.79	6.0 [2.5-6.0]	Z=-1.197 p=0.231
50 üzeri	201	5.53±0.92	5.8 [1.0-6.0]	5.69±0.66	6.0 [2.8-6.0]	Z=-2.309 p=0.021
			Z=-0.437 p=0.662		Z=-0.999 p=0.318	
Eğitim						
Okuryazar veya değil ⁽¹⁾	160	5.70±0.64	6.0 [3.3-6.0]	5.72±0.71	6.0 [2.5-6.0]	Z=-0.604 p=0.546
Ortaokul ⁽²⁾	97	5.41±1.00	5.5 [1.0-6.0]	5.56±0.80	5.5 [2.8-6.0]	Z=-1.194 p=0.232
Lise ⁽³⁾	72	5.53±0.93	5.5 [2.3-6.0]	5.70±0.52	5.5 [4.0-6.0]	Z=-1.453 p=0.146
Lisans veya üzeri ⁽⁴⁾	48	5.11±1.31	5.0 [1.5-6.0]	5.48±0.83	5.0 [2.8-6.0]	Z=-1.550 p=0.121
			$\chi^2=14.885$ p=0.002 [1-4]		$\chi^2=9.487$ p=0.023 [1-4]	

Tablo 4.7. Devamı

Meslek						
Memur	41	5.40±0.99	6.0 [1.8-6.0]	5.42±0.90	6.0 [2.8-6.0]	Z=-0.572 p=0.568
İşçi	90	5.66±0.80	6.0 [2.3-6.0]	5.70±0.62	6.0 [3.0-6.0]	Z=0.000 p=1.000
Emekli	99	5.39±1.09	5.8 [1.0-6.0]	5.69±0.62	6.0 [3.0-6.0]	Z=-2.865 p=0.004
Ev hanımı	126	5.50±0.85	6.0 [2.3-6.0]	5.58±0.85	6.0 [2.5-6.0]	Z=-1.163 p=0.245
Öğrenci	15	5.95±0.19	6.0 [5.3-6.0]	5.90±0.32	6.0 [4.8-6.0]	Z=-0.535 p=0.593
İşsiz	6	5.50±1.22	6.0 [3.0-6.0]	5.90±0.31	6.0 [5.3-6.0]	Z=-0.447 p=0.655
			$\chi^2=10.983$ p=0.052		$\chi^2=6.222$ p=0.285	

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7.’ da hastaların sosyodemografik özelliklere göre ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Cinsiyetlere göre AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi ve sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Kadın hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0.05).

Erkek hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-4.152; p=0.031). Erkek hastaların ameliyat sonrası psikolojik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlara göre AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyattan önce ve ameliyattan sonra puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (p=0.662).

50 yaş ve altı yaş sınıfında olan hastaların AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanlarının ameliyattan önce ve ameliyattan sonra puanları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0.231$).

50 yaş üzeri olan hastaların AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları ameliyat öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4.309$; $p=0.021$). 50 yaş üzeri olanların ameliyat sonrası psikolojik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyine göre AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14.885$; $p=0.002$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar veya değil olanlar ile lisans veya yüksek lisans olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Okuryazar veya değil olanlar psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi puanları, lisans veya yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9.487$; $p=0.023$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar veya değil olanlar ile lisans veya yüksek lisans olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okuryazar veya okuryazar olmayanların psikolojik inançlar alt boyutu ameliyat sonrası puanları, lisans veya yüksek olanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sadece okuryazar veya okuryazar olmayanların, ortaokul, lise, lisans veya üzeri olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Mesleklere göre AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu ameliyattan önce ve ameliyattan sonra puanları arasında istatistiksel analiz açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Memur, işçi, ev hanımı, öğrenci ve işsiz olanların ameliyat

öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0.285$).

Emekli olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ psikolojik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.864$; $p=0.004$). Emekli olanların ameliyat sonrası psikolojik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine ile ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu karşılaştırılması ($n=377$).

Organik inançlar alt boyutu	n	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	
Cinsiyet						
Kadın	177	4.54±0.93	4.6 [1.6-6.0]	4.82±0.85	4.9 [2.6-6.0]	Z=-3.735 p=0.000
Erkek	200	4.41±1.03	4.4 [1.0-6.0]	4.75±0.86	4.9 [2.8-6.0]	Z=-4.542 p=0.000
		t=1.285 p=0.199		Z=-0.858 p=0.391		
Yaş						
50 ve ↓	176	4.35±0.99	4.4 [1.6-6.0]	4.73±0.86	4.9 [2.6-6.0]	Z=-4.807 p=0.000
50 üzeri	201	4.57±0.97	4.6 [1.0-6.0]	4.83±0.85	4.9 [2.8-6.0]	Z=-3.532 p=0.000
		Z=-2.201 p=0.028		Z=-0.951 p=0.342		

Tablo 4.8. Devamı

Eğitim						
Okuryazar veya değil ⁽¹⁾	160	4.3±0.92	4.7 [1.6-6.0]	4.86±0.84	4.9 [2.8-6.0]	Z=-2.657 p=0.008
Ortaokul ⁽²⁾	97	4.69±0.97	4.6 [1.0-6.0]	4.88±0.92	5.0 [2.6-6.0]	Z=-1.984 p=0.047
Lise ⁽³⁾	72	4.18±0.90	4.3 [2.1-6.0]	4.75±0.72	4.7 [3.0-6.0]	t=-4.835 p=0.000
Lisans veya üzeri ⁽⁴⁾	48	3.89±1.01	3.6 [2.1-6.0]	4.40±0.88	4.4 [3.0-6.0]	Z=-2.931 p=0.003
Fark			$\chi^2=31.012$ p=0.000 [1-3.4] [2-3.4]		$\chi^2=11.975$ p=0.007 [1.2-4]	
Meslek						
Memur	41	4.55±1.07	4.8 [2.1-6.0]	4.95±0.89	5.1 [3.4-6.0]	Z=-2.359 p=0.018
İşçi	90	4.33±0.97	4.4 [2.1-6.0]	4.73±0.76	4.9 [2.8-6.0]	Z=-3.340 p=0.001
Emekli	99	4.44±1.03	4.5 [1.0-6.0]	4.72±0.87	4.8 [3.0-6.0]	t=-2.549 p=0.012
Ev hanımı	126	4.63±0.90	4.6 [1.6-6.0]	4.90±0.86	5.0 [2.6-6.0]	Z=-2.941 p=0.003
Öğrenci	15	3.93±1.09	3.5 [2.5-6.0]	4.34±1.01	4.1 [3.1-6.0]	t=-1.951 p=0.071
İşsiz	6	4.54±1.02	4.8 [3.3-6.0]	4.56±1.06	4.8 [3.0-6.0]	t=-0.056 p=0.958
			$\chi^2=9.982$ p=0.076		$\chi^2=8.138$ p=0.149	

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “PairedSample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri)”; iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.8.’ de hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Cinsiyetlere göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi ve sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0.05) tespit edilmiştir. Ancak kadın hastaların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Z=-3.735; p=0.000). Kadın hastaların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek

bulunmuştur. Erkek hastaların ameliyattan önce ve ameliyattan sonra AİÖ organik inançlar alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4.542$; $p=0.000$). Erkek hastaların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

50 yaş üzerinde olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3.532$; $p=0.000$). 50 yaş üzerinde olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistik olarak, yüksek olduğu belirlenmiştir.

50 yaş ve altında olan hastaların AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları ameliyat öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4.807$; $p=0.000$). 50 yaş ve altında olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşlara göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.201$; $p=0.028$). 50 yaş üzerinde olanların ameliyat öncesi organik inançlar alt boyutu puanları, 50 yaş ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş sınıflarına göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Eğitim düzeyine göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=31.012$; $p=0.000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar veya değil olanlar ile lise, lisans ve yüksek lisans olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okuryazar veya değil olanların organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi puanları lise, lisans ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eğitim düzeyine göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11.975$; $p=0.007$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar veya değil olanlar ve ortaokul

olanlar ile lisans ve yüksek lisans olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okuryazar veya değil olanlar ve ortaokul olanların organik inançlar alt boyutu ameliyat sonrası puanları, lisans veya yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okuryazar veya değil olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.657$; $p=0.008$). Okuryazar veya değil olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ortaokul mezunu olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-1.984$; $p=0.047$). Ortaokul mezunu olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Lise mezunu olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-4.835$; $p=0.000$). Lise mezunu olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Lisans veya yüksek lisans mezunu olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.931$; $p=0.003$). Lisans veya yüksek lisans mezunu olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleklere göre AİÖ organik inançlar alt boyutu ameliyat öncesi ve sonrası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Memur olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.359$; $p=0.018$). Memurların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat

öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İşçi olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyut puanlarında istatistik olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-3.340$; $p=0.001$). İşçilerin ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Emekli olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyut puanlarında istatistik olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=-2.549$; $p=0.012$). Emekli olanların ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ev hanımı olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.941$; $p=0.003$). Ev hanımlarının ameliyat sonrası organik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrenci ve işsiz olanların ameliyat öncesi ve sonrası AİÖ organik inançlar alt boyut puanlarının istatistiksel bağlamda anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların ameliyat öncesi AİÖ puanlarının dağılımı (n=377).

Ameliyat öncesi ağrı inançları ölçeği	Her Zaman		Neredeyse Her Zaman		Sık Sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.	283	75.1	26	6.9	9	2.4	31	8.2	10	2.7	18	4.7
S2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.	118	31.3	16	4.2	18	4.8	84	22.3	29	7.7	112	29.7
S3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.	103	27.3	26	6.9	7	1.9	72	19.1	23	6.1	146	38.7
S4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.	302	80.1	18	4.8	21	5.6	14	3.7	9	2.4	13	3.4
S5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.	261	69.2	20	5.3	20	5.3	60	15.9	4	1.1	12	3.2

Tablo 4.9. Devamı

S6. Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.	306	81.2	22	5.8	16	4.2	15	4.0	11	2.9	7	1.9
S7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.	240	63.7	16	4.2	21	5.6	51	13.5	6	1.6	43	11.4
S8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.	239	63.3	30	8.0	20	5.3	75	19.9	7	1.9	6	1.6
S9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir	311	82.6	19	5.0	16	4.2	11	2.9	8	2.1	12	3.2
S10. Ağrıyı kendi başımıza kontrol etmek imkansızdır.	135	35.9	12	3.2	22	5.8	85	22.5	11	2.9	112	29.7
S11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.	278	73.7	24	6.4	15	4.0	43	11.4	5	1.3	12	3.2
S12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.	316	83.7	17	4.5	10	2.7	17	4.5	7	1.9	10	2.7

*Yüzdeler n=377 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.9.'de hastaların ameliyat öncesi AİÖ puanlarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların AİÖ'deki ifadelerine göre %83.7'si "Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir", %81.2'ü "Rahatken ağrıya baş etmek daha kolaydır", %80.1'i "Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir" cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir.



Tablo 4.10. Hastaların ameliyat sonrası AİÖ puanlarının dağılımı (n=377).

Ameliyat sonrası ağrı inançları ölçeği	Her Zaman		Neredeyse Her Zaman		Sık Sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
S1.Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.	302	80.1	26	6.9	11	2.9	21	5.6	6	1.6	11	2.9
S2.Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.	157	41.7	25	6.6	31	8.2	87	23.1	17	4.5	60	15.9
S3.Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.	131	34.8	22	5.8	22	5.8	93	24.7	8	2.1	101	26.8
S4.Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.	317	84.1	22	5.8	16	4.2	15	4.0	4	1.1	3	0.8
S5.Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.	277	73.5	17	4.5	22	5.8	50	13.3	3	0.8	8	2.1
S6.Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır.	318	84.3	21	5.6	17	4.5	14	3.7	3	0.8	4	1.1

Tablo 4.10. Devamı

S7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.	247	65.5	21	5.6	22	5.8	70	18.6	6	1.6	11	2.9
S8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.	249	66.1	31	8.2	21	5.6	62	16.4	11	2.9	3	0.8
S9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir	311	82.5	18	4.8	14	3.7	13	3.4	12	3.2	9	2.4
S10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.	150	39.9	25	6.6	22	5.8	85	22.5	7	1.9	88	23.3
S11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.	315	83.6	14	3.7	19	5.0	22	5.8	4	1.1	3	0.8
S12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.	334	88.7	11	2.9	14	3.7	13	3.4	2	0.5	3	0.8

*Yüzdeler n=377 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.10.'da hastaların ameliyat sonrası AİÖ puanlarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların AİÖ'deki ifadelerine göre%88.7'si “Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir”, %84.3'ü “Rahatken ağrıyla baş etmek daha kolaydır”, %84.1'i “Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir” cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanlarının karşılaştırılması (n=377).

Değişken	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	
VAS	4.52±3.13	5.0 [0.0-10.0]	5.63±2.96	6.0 [0.0-10.0]	Z=-5.094 p=0.000

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.11.'da hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-5.094; p=0.000). Ameliyat sonrası VAS puanı, ameliyat öncesi puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.12. Hastaların cinsiyet, yatış kliniği ve farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumu ile ameliyattan önce ve ameliyattan sonraki VAS puanlarının karşılaştırması (n=377).

Değişkenler	n	Ameliyat öncesi VAS		Ameliyat sonrası VAS		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	
Cinsiyet						
Kadın	177	4.41±3.17	5.0 [0.0-10.0]	5.87±2.92	6.0 [0.0-10.0]	Z=-4.445 p=0.000
Erkek	200	4.63±3.10	5.0 [0.0-10.0]	5.81±2.98	6.0 [0.0-10.0]	Z=-2.805 p=0.005
İstatistiksel analiz Olasılık		Z=-0,612 p=0,541		Z=-1.490 p=0.139		
Yatış Kliniği						
Genel cer. ⁽¹⁾	211	3.96±3.18	4.0 [0.0-10.0]	5.18±2.90	5.0 [0.0-10.0]	Z=-4.037 p=0.000
Ortopedi ⁽²⁾	81	5.68±2.71	6.0 [0.0-10.0]	7.07±2.85	8.0 [0.0-10.0]	Z=-3.324 p=0.001
Üroloji ⁽³⁾	84	4.85±3.09	5.0 [0.0-10.0]	5.38±2.82	5.5 [0.0-10.0]	Z=-1.117 p=0.264
		$\chi^2=21.097$ p=0.000 [1-2]		$\chi^2=25.827$ p=0.000 [1.3-2]		
Farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma						
Evet	193	4.88±3.22	5.0 [0.0-10.0]	5.62±2.78	6.0 [0.0-10.0]	Z=-2.080 p=0.038
Hayır	184	4.24±3.03	4.0 [0.0-10.0]	5.62±3.06	6.0 [0.0-10.0]	Z=-4.845 p=0.000
		Z=-1.857 p=0.063		Z=-0.142 p=0.887		

*“Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. “

Tablo 4.12.’de hastaların cinsiyet, yatış kliniği ve farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumu ile ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Cinsiyetlere göre ameliyat öncesi ve

sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Kadın hastaların ameliyattan önce ve ameliyattan sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4.445$; $p=0.000$). Ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi VAS puanlarına kıyasla düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Erkek hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.805$; $p=0.005$). Erkek hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yatış yapılan kliniklere göre ameliyat öncesi VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=21.097$; $p=0.000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; genel cerrahide yatan hastalar ile ortopedide yatan hastaların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortopedide yatan hastaların ameliyat öncesi VAS puanları, genel cerrahide yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yatış yapılan kliniklere göre ameliyat sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=25.827$; $p=0.000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; genel cerrahi ve ürolojide yatan hastalar ile ortopedide yatan hastalar arasında anlamlı bir istatistik farklılık tespit edilmiştir. Ortopedide yatan hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, genel cerrahi ve ürolojide yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Genel cerrahide yatan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4.037$; $p=0.000$). Genel cerrahide yatan hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ortopedide yatan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3.324$; $p=0.001$). Ortopedide yatan hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ürolojide yatanların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Farmakolojik olmayan yöntemleri uygulayanların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Farmakolojik olmayan yöntemleri kullanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2.080$; $p=0.038$). Farmakolojik olmayan yöntemler uygulayan hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi VAS puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Farmakolojik olmayan yöntemler uygulamayanların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4.845$; $p=0.000$). Farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmayan hastaların ameliyat sonrası VAS puanları, ameliyat öncesi VAS puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.13. Hastalara ait MAÖ-KF bulgularının dağılımı (n=377).

Değişkenler (N=377)	n	%
Ağrı bölgesi		
Diz bölgesi	44	11.7
Kol	5	1.3
Batın	148	39.3
Anal bölge	16	4.2
İnguinal bölge	98	26.0
Parmak	3	0.8
Boyun	32	8.5
Bacak	12	3.2
Kalça	19	5.0
Ağrı tipi		
Zonklama	107	28.3
Fırlayan (titreten)	18	4.8
Bıçak saplanır gibi	65	17.2
Keskin	60	15.9
Kramp tarzında	31	8.2
Kemirici	18	4.8
Sıcaklık veren	8	2.1
Acıtıcı	44	11.7
Yoğun	10	2.7
İncitici	6	1.6
Yarıcı	1	0.3
Yorucu	8	2.1
Korkunç	1	0.3
Ağrı şiddeti		
Yok	48	12.7
Hafif	47	12.5
Orta	98	26.0
Şiddetli	184	48.8
Ağrı yoğunluğu		
Hafif	51	13.5
Rahatsız edici	84	22.3
Şiddetli	87	23.1
Çok şiddetli	115	30.5
Dayanılmaz	40	10.6
Toplam	377	100

*Yüzdeler n=377 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.13.'de hastaların MAÖ-KF'ya göre bulgular yer almaktadır. Hastaların %39.3'nün batın bölgesinde, %28.3'ünün zonklama tipinde, %48.8'inin ağrısının şiddetli ve %30.5'inin ise çok şiddetli ağrı yoğunluğu olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışma, sosyodemografik değişkenler ile farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımının karşılaştırılması, sosyodemografik değişkenler ile ağrı inanç ölçeğinin karşılaştırılması, sosyodemografik değişkenler ile VAS karşılaştırılması, MAÖ-KF göre ağrı değerlendirilmesi olmak üzere dört ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Değişkenler ile Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımının Karşılaştırılması

Farklı prevelans çalışmalarında %11-63.7 arasında ağrı görülürken, sağlık kurumlarında yapılmış olan çalışmalarda ise bu oran %71'e kadar yükseldiği bildirilmiştir (1, 40, 166, 167). Bu yüksek görülme oranı nedeniyle ağrısı olan bireyler, ağrı duyusunun önüne geçmek ve ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla analjezik kullanımını tercih etmektedirler. Analjeziklerin etkileri ağrı duyusunun beyne iletilmesini engelleme ya da endojen algenik maddelerin sentezini önlemek yoluyla gerçekleşmektedir (43, 50, 76). Özer ve Bölükbaş'ın çalışmasında, hastaların %69,5'inin ağrıyla hafifleten uygulamalar için "ilaç almak" cevabını verdiği (168), Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmalarındaki hasta ifadelerine bakıldığında, % 95.3'ünün "ağrıyı azaltan ve rahatlatan yöntemin analjezik ilaç kullanımı" cevabını verdikleri tespit edilmiştir (137). Birge'nin çalışmasında hastaların büyük çoğunluğu (%72.3), ağrısını gidermede analjezik ilaçları kullandığını (17), Ayhan'ın yapmış olduğu çalışmada hastaların %66.9'unun ağrısı olduğu durumlarda analjezik ilaç kullandıklarını bildirmiştir (27). Kaynarıcı'nın çalışmasında bireylerin %59.3'ünün analjezik ilaç kullanmakta oldukları saptanmıştır (169). Çalışmamızda ise hastaların %59.1'inin günlük yaşamlarında ağrısı olduğunda, analjezik ilaç kullandıkları ve %92.6'sının bu uygulamasıyla ağrısının hafiflediğini bildirmişlerdir. Literatürle uyumlu olan bulgumuzda genel olarak ağrının giderilmesinde, farmakolojik yöntemlerin kullanılması (analjezik ilaç kullanma), etkisinin hızlı ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle hastalar tarafından öncelikli tercih edilen yöntem olduğu ve toplumda ağrı prevelansının yüksek olması nedeniyle analjezik ilaç kullanımlarının fazla olduğu düşünülmektedir.

Babadağ'ın yapmış olduğu çalışmada, bireylerin günlük yaşamında en fazla (%42.3) sırt-bel (28), Birge'nin çalışmasında da en sık (%24.8) baş ağrısı, kronik ağrı bölgesi olarak tespit edilmiştir (17). Ülkemizde yapılan çalışmanın birinde hastane dışındaki kişilerin en sık yaşadığı ağrı tipinin, kas-iskelet ağrısı, baş ağrısı ve gastrointestinal sistem ağrıları olduğu (14), bir başka çalışmada ise hastaların belirttikleri ağrı lokasyonunun %24.1'inin bel bölgesi olduğu saptanmıştır (169). Çalışmamızda hastaların günlük yaşamı ve ameliyat olmadan önce %46.2'sinde vücudun farklı bölgelerinde kronik ağrısının olduğu, bu ağrının %39.3 oranında batın bölgesinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %35.1'inin geceleri ağrısının olduğu tespit edilmiştir. Literatürle uyumlu olmayan bulgumuzun araştırmamızın daha çok genel cerrahi hastalarını kapsamından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Ağrının yönetiminde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra, farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında, periferik teknikler, sıcak uygulama, deriye mentol uygulama, vibrasyon, soğuk uygulama TENS (Transkütan Elektiriksel Sinir Stimilasyonu), masaj, dokunma, deri uyarım teknikleri, kognitif (bilişsel)-davranışsal teknikler, plasebo, dikkati başka yöne çekme, gevşeme, müzik, hayal kurma, bilişsel stratejiler, akapunktur uygulamaları yer almaktadır (134). Dünyada ve ülkemizde farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanım oranı giderek artış göstermektedir. Bu oranlar Amerika'da %42.1, Avustralya'da %48.2, Fransa'da %49.3, Kanada'da %70.4 iken, gelişmekte olan ülkelerden Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 olarak belirlenmiştir (170). Çalışmalarda bireylerin, farmakolojik olmayan yöntemleri genellikle sağlıklı olabilmek, karşılaşmış oldukları ağrıyı yönetmek, semptomları yönetmek ve yaşam kalitelerini arttırabilmek amacıyla kullandıklarını tespit edilmiştir (171, 172). Oral'ın, bireylerin farmakolojik olmayan yöntemleri kullanım durumunu sorguladığı çalışmasında, hastaların %44.6'sının bir hastalık nedeniyle, %39.9'unun ise ağrı sorunu nedeniyle kullandıklarını saptamıştır (173). Peleg ve ark(2011) hastaların %50.3'ünün ağrısını gidermede farmakolojik olmayan yöntem kullandıklarını belirlemişlerdir (122). Singapur'da yapılan bir çalışmada toplumun karın ağrısını gidermede daha çok bitkisel yöntemler kullanıldığı (81), Birge'nin çalışmasındaki hastaların yarıya yakınının (%49.1) farmakolojik olmayan yöntemlere başvurduğunu bildirmiştir (17). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin % 42.4'ünün farmakolojik olmayan yöntemleri kullandığı ve %83.7'sinin kullandığı yöntemin

ağrısını geçirdiği tespit edilmiştir (174). Bülbül ve ark. çalışmalarında kullanılan yöntemden katılımcıların %24.4'ünün yarar görmediğini, %2.9'unun zarar gördüğünü, %69.4'ünün ise az veya çok faydalı bulunduğunu belirtmişlerdir (88). Literatürle uyumlu olan çalışmamızda hastaların neredeyse yarısı (%51.2) analjezik kullanımı yerine farmakolojik olmayan yöntemleri tercih ettiği, bunların %41.6'sının kullandıkları yöntemin faydalı olduğuna inandıkları, %40.3'ünün farmakolojik olmayan yöntemleri tavsiye edecekleri tespit edilmiştir. Birge'nin çalışmasında kronik ağrıda hastaların %49'unun akupunktur, %16.2'sinin masaj yöntemini %18,1'inin Çin bitkileri, kullanmakta olduklarını saptamışlardır (17). Çalışmamızda hastaların %63.7'sinin alternatif uygulama olarak masaj yöntemini kullandığı ve alternatif uygulamaların faydasının olduğuna inananların %40.9'unun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda farmakolojik olmayan yöntem kullanımının literatür ile uyumlu ancak kullanılan yöntem olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastaların ağrıyı gidermede çoğunlukla (%63.7) masajı tercih ettiği, bunun nedeni olarak da masaj yöntemin daha kolay, hazırlık gerektirmeyen bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

5.2. Sosyodemografik Değişkenler ile Ağrı İnanç Ölçeğinin Karşılaştırılması

Ağrı inanç ölçeği bireylerin ve hastaların ağrı inançlarının belirlemede tercih edilen bir ölçektir. Organik ve psikolojik inançlar olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Organik inanç testi ağrının büyük ölçüde organik, fizyolojik ve fizyopatolojik kökenli olduğunu yansıtır (Örn; “ağrı vücuttaki dokuların zarar görmesi sonucu oluşur” ve “ağrı deneyimi vücutta yanlış giden bir şeylerin işaretidir”). İkinci bölüm olan psikolojik inanç testi ağrı deneyiminin psikolojik faktörlerin ve dış etmenlerin etkisinde olduğunu gösterir(Örn; “endişeli olma ağrıyı daha kötü yapar” “ağrıyı düşünmek ağrıyı daha kötüleştirir”) (175). Ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisi olmakta; yönetiminde ise dikkati başka yöne çekme, rahatlama ve gevşeme gibi tekniklerden yararlanılmaktadır (176). Koçoğlu'nun yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların ağrının organik ve psikolojik inançlarının benzer düzeyde olduğu (14), Berk'in yapmış olduğu çalışmada, AİÖ'nden ortaya çıkan puan meydanlarında farklılık saptanmamıştır (111). Babadağ'ın çalışmasında, hastaların organik inançlar puanının psikolojik inançlar

puanına göre daha düşük olmasının karşın, puanlar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (120). Çalışmamızda, hastaların ağrıya ilişkin organik ve psikolojik inançları benzer düzeyde bulunmuştur. Bulgumuz literatürle kısmen uyumludur. Hastaların AİÖ ameliyat sonrası organik ve psikolojik inançlar alt boyutu puanları, ameliyat öncesi puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Organik inanç $Z=-5.877$; $p=0.000$; Psikolojik inanç $Z=-2.447$; $p=0.014$). Memur, işçi, emekli, ev hanımı ve okuryazar olmayan 50 yaş üzeri hastalarda ameliyat sonrası organik inançlarında artış görülmüş olup, öğrencilerde organik inançlarında bir değişiklik tespit edilmemiştir. Literatürde hastaların ameliyat öncesi ve sonrası ağrı inançlarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların ameliyattan önce, ağrının fizyolojik, fizyopatolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak görüldüğü düşüncelerinin, ameliyattan sonra da değişmediği ve bu düşüncenin güçlendiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda, yaşamlarında cerrahi işlem ve ağrılı bir invazif girişim geçirmemiş ve şiddetli ağrı deneyimi yaşamamış hastaların, ağrı inançlarında hem organik hem de psikolojik inançların değişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

5.3. Sosyodemografik Değişkenler ile VAS Karşılaştırılması

VAS bir ucunda 0 (sıfır) ağrısının olmadığı, diğer ucunda görülebilecek en şiddetli ağrı olarak 10 puan görsel üzerinde hastanın kendi ağrısını işaretlediği bir yöntemdir. Ağrı seviyesi ve şiddetinin belirlenmesinde her yaş ve eğitim seviyesinde uygulama kolaylığının olması nedeniyle tercih edilmektedir. Hamurcu'nun çalışmasında hastaların çoğunluğunun VAS puanının en yüksek 5 puan olduğunu, Kaynarıcı'nın çalışmasında hastaların ortalama VAS puanının 5.31 ± 2.01 olduğu bildirmiştir (169, 177). Ayhan'ın yaptığı çalışmasında, daha önceden cerrahi girişim geçiren hastaların deneyimledikleri ağrı şiddeti puanının (3.83 ± 2.44), daha önce cerrahi girişim geçirmeyenlerden (5.16 ± 2.99) daha düşük olduğu belirlenmiştir (27). Çalışmamızda hastaların ameliyat öncesi VAS puanının 4.52 ± 3.13 , ameliyat sonrası VAS puanının 5.63 ± 2.96 olduğu tespit edilmiş ve ameliyat sonrası puanının ameliyat öncesi puanına kıyasla anlamlı düzeyde ($p=0.000$) yüksek tespit edilmiştir.

Erdem' in çalışmasında kadın hastaların ameliyat sonrası VAS puanları erkek hastalardan daha yüksek olduğu (178), benzer şekilde literatürdeki araştırmaların bazılarında cinsiyet ve ağrı şiddeti arasında ilişki bulunmazken (8, 27, 165, 179)

bazılarında ise, kadın hastaların erkeklerden daha şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (137, 180). Çalışmamızda hastaların, cinsiyetler arası VAS puanları arasında bir farklılık tespit edilmemiş olup, kadın ve erkek hastaların ameliyat sonrası ağrısının, ameliyat öncesi ağrısına göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete yönelik ağrı deneyimindeki bu farklı bulguların, hastaların bireysel ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Özütemiz'in çalışmasında ortopedi hastalarının ağrı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (181). Çalışmamızda ortopedi kliniğinde yatan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası VAS puanları, diğer kliniklerdeki hastaların puanına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Uygulanan cerrahi girişim türü ve cerrahi girişim sonrası ağrının kontrolündeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.4. MAÖ-KF Göre Ağrı Değerlendirmesi

McGill Ağrı Ölçeği, ağrı değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemdir. Özellikle de ağrı şiddetini belirlemede tercih edilmektedir. Ağrının yerini, zamanla ilişkisini, özelliği ve şiddetini belirlemek amacıyla hastayı tanıtan bilgileri içermektedir ve dört başlıkta toplanmıştır.

Cerrahi girişim sonrası, hastalarda oluşan ağrının süresi ve şiddetini birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler; hastanın cerrahi girişime psikolojik, fizyolojik ve farmakolojik olarak hazırlanmaması, cerrahi girişimin süresi ve yeri, cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu, cerrahi insizyonun uzunluğu, intraoperatif travmanın derecesi, cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar, , cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi, anestezi uygulamaları, hastada cerrahi girişim öncesi görülen anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır (58, 84). Ayhan'ın çalışmasında ameliyat sonrası hastaların %34.9'unun orta şiddette ağrısının olduğunu, Babadağ'ın çalışmasında hastaların %33.8'inin şiddetli, %31.3'ünün çok şiddetli, %20.4'ünün orta şiddetli ağrı şikayeti yaşadıklarını belirtmişlerdir (27, 28). Acar'ın çalışmasında ise %22.7'sinin ağrısının olmadığı%39.7'sinin rahatsız edici, , %29.3'ünün hafif, %6.7'sinin şiddetli ağrısının olduğunu saptamıştır (29). Literatürle uyumlu olan çalışmamızda hastaların %48.8'inin ağrısının şiddetli olduğu ve %30.5'inin çok şiddetli ağrı yoğunluğunun olduğu tespit edilmiştir. Afşar'ın çalışmasında bireylerin

%20.5'inin yanıcı, %13.4'nün zonklayıcı, %13.4'nün batıcı, %8.9'unun bıçak saplanır tarzda ağrılarının olduğu belirlenmiştir (182). Bizim çalışmamızda hastaların ağrısını %39.3'ü batın bölgesinde olduğu ve bu ağrılarının tipinin %28.3'ü zonklama, %15,9'u bıçak saplanır gibi ağrı hissettikleri tespit edilmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışma, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Üroloji Kliniklerine ameliyat olmak için yatışı yapılan hastaların, sahip oldukları ağrı inançlarının, ameliyat öncesi ve sonrası dönemler arasındaki ilişkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Çalışmanın sonucunda:

- Hastaların %53.1'nin erkek, %81.2'inin evli ve yaş ortalamalarının 50.90 ± 17.13 (yıl) olduğu,
- Çalışmaya katılan hastaların %56'sının genel cerrahi kliniğinde yatmakta olduğu, %46.4'ünün sindirim sistemi hastalığı tanısı ile ameliyat olmak için yatış yaptığı,
- Hastaların %46.2'sinin günlük yaşamlarında, vücudunun farklı bölgelerinde kronik ağrısının olduğu, bu ağrının %39.3'ünün batin bölgesinde ve %35.1'inin ağrıların geceleri olduğu,
- Çalışmadaki hastaların %59.1'inin günlük yaşamlarında, ağrısı olduğunda analjezik ilaç kullandıkları ve %92.6'sının analjezik ilaç aldıktan sonra ağrısının hafiflediğini bildirdikleri,
- Hastaların %51.2'sinin analjezik ilaç yerine, farmakolojik olmayan yöntemleri tercih ettiği ve bu yöntemlerden en çok (%63.7) masaj yöntemini kullandığı,
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin faydasına inanan hastaların %40.9'unun ev hanımı olduğu,
- Farmakolojik olmayan yöntemlere inanan hastaların %55.2'sinin kadın olduğu, inanmayan hastaların %58.4'ünün erkek olduğu,

- Farmakolojik olmayan yõteme inanan hastaların %61'inin 50 yaş uzeri olduğu, inanmayan hastaların %52.5'inin 50 yaş ve altı olduğu,
- Hastaların ameliyat sonrası VAS puanının (5.63±2.96) ameliyat öncesi VAS puanına (4.52±3.13) göre yüksek olduğu,
- Hastaların VAS puanı ile cinsiyetler arası bir farklılık olmadığı; kadın ve erkek hastaların ameliyat sonrası ağrısının, ameliyat öncesi ağrısına kıyasla daha fazla olduğu (kadın p=0.000, erkek p=0.005),
- Genel cerrahide yatan hastaların, ameliyat sonrası VAS puanlarının, ameliyat öncesi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p=0.000),
- Ortopedi kliniğinde yatan hastaların, ameliyattan önce ve sonra VAS puanlarının, diğer kliniklerdeki hastaların puanına göre yüksek olduğu (p=0.000),
- Farmakolojik olmayan yöntemleri uygulayan ve uygulamayan hastaların VAS puanlarının, ameliyat öncesi ve sonrası arasında istatistiksel farklılık olmadığı (p>0.05),
- Hastaların MAÖ-KF'ye göre %48.8'inin şiddetli, %30.5'inin çok şiddetli ağrı yoğunluğu yaşadığı,
- Hastaların ağrısının %28.3'ünün zonklama, %17.2'sinin bıçak saplanır gibi, %15.9'unun keskin tipte olduğu,
- Hastaların ağrı inanç ölçeği ameliyat sonrası organik (p=0.000) ve psikolojik (p=0.014) inançlar alt boyutu puanlarının, ameliyat öncesi puanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- hemşireler, ağrı tanılmasında, hastaların ağrı inançlarına ilişkin verileri toplayarak hemşirelik bakımını yönlendirmesi,
- hemşirelerin ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemlerin yanısıra, hastaların inançları doğrultusunda farmakolojik olmayan yöntemleri bakım sürecine katması,
- hastaların, ağrı kontrolünün etkin sağlanabilmesinde, ağrı inançlarının etkinliğini gösteren farklı evren ve örnekleme kapsayan çalışmalar 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. International Association for the Study of Pain, Terminology background <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=2051> 30 Mart 2019.
3. Mackintosh C. Assessment and management of patients with postoperative pain, *Nurs Stand*, 2007, 22: 49-55.
4. Sertel Berk HO. The biopsychosocial factors that serve as predictors of the outcome of surgical modalities for chronic pain, *Pain*, 2010, 22(3): 93-97.
5. Koyuncuoğlu CZ, KırmızıNİ, Ceylan İ, Akıcı A. Diş hekimliği kliniklerine başvuru öncesinde hastaların ilaç kullanımı ile ilgili tutumlarının araştırılması, *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2017, 21: 165-176.
6. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(5): 505-512.
7. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3(8): 69-83.
8. Çelik S. Batın ameliyatlardan 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3): 325-340.
9. Tel HF. *Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2010: 651-674.

10. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Ophoven A, Williams AC. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain A Haabbit, A Philosophy, or a Science? 10 Years of Development, *European Urology*, 64: 431-439. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
11. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe F. Race, Ethnicity and pain, *Pain*, 2001, 94(2):133-7.
12. Eti Aslan F, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, *Ağrı*, 2005, 17:44-51.
13. Richards J, Hubbert AO. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain, *Pain Manag Nurs*, 2007, 8: 17-24.
14. Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi, *Ağrı*, 2011, 23(2): 64-70.
15. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al. Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes, *Neurology*, 2008, 70: 1630-1635.
16. Sharp TJ. Chronic Pain: A reformulation of the cognitive-behavioral model, *Beh Res Ther* 2001, 39: 787-800.
17. Birge Özü Türk A, Mollaoğlu M. Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler, *Ağrı*, 2018, 30(2): 84-92.
18. Reid MC, Williams CS, Gill TM. Back pain and decline in lower extremity physical function among community-dwelling older persons, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2005, 60(6): 793-797.

19. Pasero C, Margo MC Caffery: Resolute and Visionary, <https://doi.org/10.1016J.pmn.2018.01.005> 02 Mayıs 2019.
20. Rawal N. Current issues in postoperative pain management, *Eur J Anaesthesiol*, 2016, 33:160–171.
21. Reddi D. Preventing chronic postoperative pain, *Anaesthesia*, 2016, 71(1): 64–71.
22. Ashburn MA, Caplan RA, Carr DB et. al. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting, *Anesthesiology*, 2004, 100:1573-1581.
23. Yücel A. *Postoperatif Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi*, postoperatif analjezi. 1. Baskı. İstanbul, Mavimer Yayıncılık, 2004: 27-34.
24. Yücel A. *Ağrılı Hastanın ve Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi*. In: Önal A. (ed) *Algoloji*.1. Baskı. İstanbul, Nobel Yayıncılık, 2004: 21-29.
25. GAN TJ, Lubarsky DA, Flood EM. Patient preferences for acute pain treatment, *British Journal of Anaesthesia*, 2004, 92(5): 681-688.
26. Sayın YY, Akyolcu N. Comparison of scale preferences and pain intensity according to pain scales among turkish patients: A Descriptive Study, *Pain Management Nursing*, 2014, 15(1): 156-164.
27. 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.
28. Babadağ B, Balcı AG, Güleç S. There lationship between pain and coping whith pain of algology patients, *Pain Management Nursing*, 2015, 16 (6): 910-919.

29. Acar K, Acar H, Demir F, Eti Aslan F. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2: 85-91.
30. Dualé C, Ouchchane L, Schoeffler P. neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: A french multicenter survey with a 6-month prospective follow-up, *J Pain*, 2014, 15(1): 20-24.
31. Montes A, Roca G, Sabate S, et al. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: a two-year multicenter cohort study, *Anesthesiology*, 2015, 122(5): 1123–1141.
32. Zhang J, Ho KY, Wang Y. efficacy of pregabalin in acute postoperative pain: A meta-analysis, *British Journal of Anaesthesia*, 2011, 106(4): 454-462.
33. Thomazeau J, Rouquette A, Martinez V, et al. Predictive factors of chronic post-surgical pain at 6 months following knee replacement: influence of postoperative pain trajectory and genetics, *Pain Physician*, 2016, 19(5): 729–741.
34. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 17: 83-91.
35. Gürkök S, Dakak M, Özuslu A, Genç O, Gözübüyük A, Görür R, Balkanlı K. Pektus deformitesi düzeltilmesi sonrası epidural kateter bolus, epidural kateter devamlı infüzyon ve parenteral sistemik analjezi etkinliğinin karşılaştırılması, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2000, 8(3): 701-702.
36. Erdine S. Ağrının Tarihçesi, Ağrı, 1. Baskı. İstanbul, Alemdar Ofset, 2000:3-11.
37. Erdine S. Ağrı, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002: 20-29.
38. Erdine S. Ağrı nörofizyolojisi, *Hipokrat Dergisi*, 1996, 53: 9-12.

39. Erdine S. *Algolojide Girişimsel Yöntemler*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
40. Erdine S. Akut ağrı ilkeleri, *Ağrı*, 1994, 6 (1): 10-13.
41. Alon E, Knessl P. Prevention and treatment of postoperative pain, *Ağrı*, 2000, 12(3):9-14.
42. Yelken BB, Güleç S. Yoğun bakımda ağrı ve tedavisi, *Ağrı*, 2003, 15(4): 16-23.
43. Badır A, Aslan FE. Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun ağrı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2003, 7 (2): 100-108.
44. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. Postoperatif ağrı tedavisi, *Sendrom*, 2003, 15(8): 83-92.
45. Odom J. *Postoperative patient care and pain management*, In: Rothrock JC, Smith DA, McEven DR (Eds), *Alexander's Care of the Patient In Surgery*, USA: Mosby Inc, 2003: 253-277.
46. Jafari H, Courtois I, Bergh OVD, Vlaeyen JW, Deist IV. Pain and respiration: A systematic review, *Pain*, 2017, 158(6): 996-1006.
47. Devecel Akkuş G. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Verilen Solunum Egzersizlerinin Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Atelektazi ile İlişkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Hacettepe Üniversitesi, 2015.
48. Çıkmaz T. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulanmasının Etkinliği, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, Edirne, Tekirdağ Üniversitesi, 2009.
49. Babacan A. *Preemptif ve Postoperatif Analjezi*, 6. Ulusal Ağrı Kongresi Özet Kitabı, 2003: 68-72.

50. Bachiocco V, Morselli A M, Carli G. Self-control expectancy and postsurgical pain: relationships to previous pain behaviour in past pain, familial pain tolerance models and personality, *J Pain Symptom Manage*, 1993, 8(4): 205-214.
51. Aşık İ, Demiralp S. Akut Ağrı Tedavisi. In: Ökten İ, Editör. Göğüs Cerrahisi. Cilt 1. Ankara: Sim Matbaacılık, 2003: 261-276.
52. Koneti KK, Jones M. Management of acute pain. *Surgery* 2013; 31(2): 77-83.
53. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, *Textbook Of Medical And Surgical Nursing*, Eleven Ed. London, Lippincott Williams Wilkins, 2008: 258-295.
54. Akıncı M. Total Kalça ve Diz Protezi Yapılan Osteoartritli Yaşlı Kadınlarda Ağrı, Fonksiyonel Durum ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
55. Branson JJ, Goldstein WM. Primary total hip arthroplasty, *AORN J*, 2003,78(6): 947-953.
56. Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT. Patient Satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors, *Pain Manag Nurs*, 2007, 8(3): 122–129.
57. Truntzer N, Shah K, Jenkins D, Rubin L. Total joint arthroplasty in patients with chronic infectious liver disease, *Arthroplast Today*, 2016, 2(2): 69–76.
58. Aslan FE. *Ağrı. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Editörler: Karadakovan A, Aslan EF, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011: 145-161.
59. Bakır BO. Enteral Glutamin ve Arjinin Desteginin Sıçanlarda Lipopolisakkarit İle Oluşturulan Sepsise Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.

60. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-*Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, 2013, (1): 42-61.
61. Bonica JJ. The Management of Pain, Vol (1) 2. ed. Lea and Febiger. Philadelphia, 1990: 461.
62. Dikmen Y. *Ağrı ve Yönetimi*, İçinde: Hemşirelik Esasları, Editörler: Ataberk Aştı T, Karadağ A, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 633-667.
63. Pasero C, McCaffery M. When patients can't report pain, *Am J Nursing*, 2000, 100(9): 22-23.
64. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004: 1-7.
65. Aslan F E. Ağrı değerlendirme yöntemleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1): 9-16.
66. Eti Z, Gürkan A, Yavuz M, Aslan FE. *Ağrı Kontrol Yöntemleri*, 1. Basım. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006: 103-155.
67. Çelik Z. Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Dört Farklı Ağrı Ölçeği İle Karşılaştırılması ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
68. Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.
69. Coşkun NE. Kardiyo-Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Postoperatif Dönemde Ağrı ile Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2015.

70. Yücel A, Aslan FE, Kuğuoğlu S, Babacan A. *Ağrı Mekanizması Kavramları Algısını Etkileyen Faktörler Sınıflaması Değerlendirilmesi ve Ölçümü*, 1. Basım. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti., 2006: 39-99.
71. Biçici B. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nun Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.
72. Melzack R. The short-form mcgill pain questionnaire, *Pain*, 1987, 30(2): 191-197.
73. Kuğuoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N; McGill – melzack ağrı soru formu (masf)'unun türkçeye uyarlanması, *Ağrı*, 2003, 15 (1): 47 -52.
74. Melzack R, Katz J. *The McGill Pain Questionnaire: Appraised and Current Status, Handbook of Pain Assessment*, New York, The Guilford Press, 1992:152-168.
75. Melzack R, Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. nurses assessment of pain in surgical patients, *Journal of Advanced Nursing*, 1975, 52(2): 125-132.
76. American Chronic Pain Assosiation Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment, America. Erişim: American Chronic Pain Assosiation web page. https://www.theacpa.org/wp-content/uploads/2018/03/ACPA_Resource_Guide_2018-Final-v2.pdf
77. Cepeda M. S, Carr DB, Miranda, Diaz A, Silva C, Morales O. Comparison of morphine, ketorolac, andtheir combination for postoperative painresultsfrom a large, randomized, double-blind trial, *anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 2005, 103(6): 1225-1232.

78. Konstantinou E. Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in greece, *Pain Manag Nurs*, 2015, 16: 2-10.
79. Turner J, Shortreed S, Saunders K, LeResche L, Korff MV. Association of levels of opioid use with pain and activity interference among patients initiating chronic opioid therapy, *A Longitudinal Study Pain*, 2016, 157(4): 849–857.
80. Oderda GM, et al. Opioid-related adverse drug events in surgical hospitalizations: impact on costs and length of stay, *Annals of Pharmacotherapy*, 2007, 41(3): 400-407.
81. Tan M, Law LSC, Gan, TJ. Optimizing pain management to facilitate enhanced recovery after surgery pathways, *Canadian Journal of Anesthesia/ Journal Canadien D'anesthésie*, 2015, 62(2): 203-218.
82. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: Prevalence, consequence and prevention, *Journal of Pain Research*, 2017, 25(10):2287-2298.
83. Khan ZH, Rahimi M, Makarem J, Khan RH. Optimal dose of pre-incision/post-incision gabapentin for pain relief following lumbar laminectomy: A randomized study, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2011, 55(3): 306-312.
84. Eti Z, Gürkan A, Yavuz M, Aslan FE. *Ağrı Kontrol Yöntemleri*, 1. Basım. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006: 103-155.
85. Polat İ. Obstetrik ve perinatolojik girişimler ve ERAS, *İKSST Dergisi*, 2018,10: 33-40.
86. Köke AJ, Schouten JS, Lamerichs-Geelen MJ, Lipsch JS, Waltje EM, Van Kleef M, Patijn J. Pain reducing effect of three types of transcutaneous electrical nerve

- stimulation in patients with chronic pain: A randomized crossover trial, *Pain*, 2004, 108(1-2): 36-42.
87. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(4): 123-133.
88. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri, *Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi*, 2009, 52(4): 195-202.
89. Chen YF, Chang JS. Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan, *Int J Dermatol*, 2003, 42(8): 616-21.
90. Tokem Y. Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı, *Tüber Toraks Derg*, 2006, 54(2): 189-196.
91. Özçelik H, Fadiloğlu C. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif kullanım nedenleri, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009, 24(1): 48-52.
92. Yavuz M. *Ağrı Doğası ve Kontrolü: Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü*, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 161-174.
93. Kazan EE. Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011: 73-82.
94. Yavuz M. *Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler*, İstanbul, Mart Matbaacılık, 2006: 135-147.
95. Potur DC, Kömürcü N. Dismenore yönetiminde tamamlayıcı tedaviler, *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 2013, 10(1): 8-13.

96. Cassileth RA, Deng G, Vickers A, Yeung KS, ChwistekM, Garrity D, Gubili J, Vroom P. *PDQ Onkoloji Kanserde Tamamlayıcı Tıp*. Çeviri: Topuz E. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007.
97. Göksoy T. Akupunkturun tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J PM & R-Special Topics*, 2010, 3(1): 1-5.
98. Özdağ NH, MollahaliloğluS, Öztaş D, Güzeldemirci GB. Ağrı tedavisinde akupunkturun yeri, *Ankara Med J*, 2015, 15(4): 249-253.
99. Karasimav Ö, Yıldız Y. Spor hekimliğinde akupunktur uygulamaları, *Spor Hekimliği Dergisi*, 2015, 50(2): 49-56.
100. Da Silva AN. Acupunktur efor migraine prevention, headache: *The Journal of Head and Face Pain*, 2015, 55(3): 470-473.
101. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri, *Euras J Fam Med*, 2019, 8(1): 1-9.
102. Doğru BV, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Kardiyovasküler hastalıklar ve refleksoloji, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8(17): 77-85.
103. Akın Korkan E, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım, *Refleksoloji*, 2014, 5(1): 9-14.
104. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP, Balas MC. Clinical practice guidelinesfor the preventionand management of pain, agitation sedation, delirium, immobility and sleep disruption in adult patients in the ICU, *Critical Care Medicine*, 2018, 46(9): 825-873.
105. Munafo M. *Alternative Treatments Relaxation and Hypnosis*. In: Munafo M, Trim J(Eds). *Chronic Pain A Handbook for Nurses*. London, Reed Educationaland Professional Publishing Ltd., 2000: 154-160.

106. 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.
107. Beck AT. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1987, 1 (1): 5-37.
108. Ellis A. *Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. A. Ellis, JF. McInerney, Giuseppe R. Di, Yeager RJ. (Eds.). New York, Pergamon Press-New York. 1988:6-7.
109. Bilgiseven AK. *Dinin Özü, İslâm Dini'nin Ruhunu ve Türklerin Bunu Ne Ölçüde Yaşadıkları Meselesi Türk Münevverinin Müşterek Fikir ve İman Zemini*, Kubbealtı Neşriyatı, İstanbul, 1989.
110. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 15. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1996.
111. Berk HÖS, Bahadır G. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları, *Ağrı*, 2007, 19:4.
112. Linton SJ, Shaw WS. İmpakt of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 2011, 91(5): 700-711.
113. Monsivais D, McNeill J. Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes, *Pain Manag Nurs*, 2007, 8(2): 64-71.
114. Hardt J, Jacobsen C, Goldberg J, Nickel R, Buchwald D. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the united states, *Pain Med*, 2008, 9(7): 803-812.
115. Dawson A, List T. Comparison of pain threshold and pain tolerance levels between middleeasterners and swedes and between genders, *Journal of Oral Rehabilitation*, 2009, 36(4): 271-278.

116. Komiya O, Kawara M, De Laat A. ethnic differences regarding tactile and pain thresholds in the trigeminal region, *J Pain*, 2007, 8(4): 363-369.
117. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık Kararman H. Yaşlı popülasyonunda ağrı, *Geriatric*, 2009, 12(4): 190-197.
118. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain, *Journal of Transcultural Nursing*, 2006, 17(4): 389-395.
119. Al-Shahri MZ. Culturally sensitive caring for Saudi patients, *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, 13(2): 133-138.
120. Babadağ B, Alparslan GB. Hemşire öğrencilerinin ağrı inançları, *Sted*, 2017, 26(6): 244-250.
121. Beytut D, Muslu GK, Başbakkal Z, Yılmaz HB. Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları, *14. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(3): 12-18.
122. Peleg R, Liberman O, Press Y, Shvartzman P. Patients visiting the complementary medicine clinic for pain: a cross-sectional study, *BMC Complement Altern Med*, 2011, 11: 36.
123. Murthy V, Sibbritt DW, Adams J. An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain: a focus on prevalence, reasons for use, influential factors, self-perceived effectiveness and communication, *Spine J*, 2015, 15(8): 1870-1883.
124. Mbada CE, Adeyemi TL, Adedoyin RA, Badmus HD, Awotidebe TO, Arije OO, et al. Prevalence and modes of complementary and alternative medicine use among peasant farmer with musculo skeletal pain in a rural community in south-western Nigeria, *BMC Complement Altern Med*, 2015, 15: 164.

125. Terzioğlu F, Őahan FU. Hemşirelerin tıbbi mődahalede karar verme yetkisi ve konumu, *Sağlık ve Hemşire Yöneticilik Dergisi*, 2017, 3(4): 136-142.
126. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik, *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2012, 14(3).
127. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri, *Klinik Çalışma*, 2011, 23(2): 73.
128. Bayrak ŐG. Kronik Pelvik Ağrı Őikâyeti Olan Hastalarda Tibial Sinir Uyarısı Tedavisinin (Nöromodölasyon) Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Doktora tezi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2008.
129. Eti Aslan F. *Sağlık Bakımında Fizyopatolojik Kavramlar. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 61. Karadakovan A, Eti Aslan F, (Eds). 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 144.
130. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 14: 53-58.
131. Uysal H, KarataŐ C. Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 2017, 4(2): 49 -61.
132. Çelik S, Baş BK, Korkmaz ZN, KaraŐahin H, Yıldırım S. Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2018, 14: 17-23.
133. Gigliotti E. The value of nursing models in practice, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergi*, 2008, 1(1): 42-50.
134. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Dokuz HF. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları, *Journal of Contemporary Medicine*, 2018, 8(1): 60-66.

135. Taylor C, Lillis C, Le More P. *Fundamental's of Nursing*, 4th Edition, Lippincott, Newyork, The Art &Science of Nursing Care, 2011.
136. Gregory J. *Pain Management and Orthopaedic Care. Orthopaedic and TraumaNursing*, Editör: J. Kneale, P. Davis, 2nd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2005: 140-164.
137. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(2): 84-93.
138. Bostancı SE. Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.
139. Uğurlu AG. Cerrahi Girişim Deneyimi Olan ve Olmayan Erişkin Bireylerin Geleneksel Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2002.
140. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 6. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık, 2004.
141. Mac Lellan K. Management of Pain:A Pratical Approach for Health Care, Editör:L. Wogens, United Kingdom, Nelson Thornes Ltd., 2006.
142. Ay F, Alpar EŞ. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları, *Ağrı*, 2010, 22: 21-29.
143. Zeitz K, McCutcheon H. Policies that drive the nursing practiceof postoperative observations, *Int J Nurs Stud*, 2002, 39: 831-839.
144. Kim YJ, Park HA. Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes, *Int J Med Inform*, 2007, 4: 952-959.

145. Erden, S. Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri, *Van Tıp Dergisi*, 2015, 22(4): 332-336.
146. Bacaksız DB, Çöçeli PL, Ovayolu N, Özgür S. Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi, *Ağrı*, 2008, 20: 26-36.
147. Uyar M, Korhan AE. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi, *Ağrı*, 2011, 23(4): 139-146.
148. Yıldırım Y. Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi, Plazma Beta-Endorfin Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
149. Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2008, 54: 157-163.
150. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(2): 20-26.
151. Ançel G. Developing empathy in nurses: an inservice training program, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2006, 20: 249-257.
152. Üstün B. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir! *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8: 88-94.
153. Herdman, Kamitsuru. *NANDA Hemşirelik Tanıları: Tanımlar ve Sınıflandırma*, Çeviri: Acaroğlu R, Kaya H. Nobel Kitap Evi, 2017: 50.
154. İster ED. Kök Hücre Nakli Uygulanan Hematolojik Kanser Hastalarının Ağrı İnançları ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2012.

155. Aydın A, Araz A, Asan A. Görsel analog ölçeği ve duygu kafesi, *Kültürümüze Uyarlama Çalışması Türk Psikoloji Yazıları*, 2011, 14 (27): 1-13.
156. Albersnagel FA. Velten and music mood induction procedures: a comparison with accessibility of thought associations, *Behavioral Research and Theory*, 1988, 26: 79- 96.
157. Correll DJ. *The Measurement of Pain: Objectifying the Subjective A2* - Waldman, Steven D. In: Bloch CdbI, editor. Pain Management, Philadelphia, W.B. Saunders; 2011: 193-201.
158. Edwards P, Turner-Stokes, J. The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain, *Pain*, 1992, 51(3): 267-272.
159. Yakut Y, Bayar K, Uygur F. Reliability and validity of the turkish version short-form mcgill pain questionnaire in patients with rheumatioid arthritis, *Clinical Rheumatology*, 2007, 26(7): 1083-1087.
160. Eti-Aslan F, İçli G. *Ağrı Kontrolü, Ağrı Doğası ve Kontrolü*, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti., 2006: 16-23.
161. Erin N. Complementary and alternative medicine: Nurse practitioner education and practice holistic, *Nurs Prac*, 2006, 20(5): 242-246.
162. Vatanser N, Akansel N. Validation study of the strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management questionnaire in Turkish surgery patients, *Pain Management Nursing*, 2014, 15(4): 871-880.
163. Ulutaş M, Çınar K, Seçer M. The surgery and early postoperative radicular pain in cases with multifocal lumbar disc herniation, *Medicine*, 2017, 96(9): 6238.
164. Topcu SY, Findik UY. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain, *Pain Manag Nurs*, 2012, 13: 11-7.

165. Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacı preoperatif dönemde tahmin edilebilir mi? *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 2011, 31(4): 951-959.
166. Yu HY, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, İnterference and risk factors for chronic pain among taiwanese community older people, *Pain Manag Nurs*, 2006, 7(1): 2-11.
167. Sawyer J, Haslam L, Robinson S, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large canadian teaching hospital, *Pain Manag Nurs*, 2008, 9(3): 104-12.
168. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyla tanımlamaları ve hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 4(1): 7-16.
169. Kaynarıcı K. Pain Self-Efficacy Questionnaire'in Türkçe Versiyon, Geçerlilik ve Güvenirliliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2016.
170. Bodoker G, Kronenberg FA. Public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine, *American Journal of Public Health*, 2002, 10: 1582-1591.
171. Araz A, Harlak H, Gülgün M. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6: 112-22.
172. Kanodia AK, Legedza AT, Davis RB, Eisenberg DM, Phillips RS. Perceived benefit of Complementary and Alternative Medicine(CAM) for back pain: A National Survey, *J Am Board Fam Med*, 2010, 23: 354-362.
173. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel /alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu, *TAF Prev Med Bull*, 2016, 15(2).

174. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Ağrı*, 2012, 24(3): 123-129.
175. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain, *Pain*, 2002, 97(1): 23- 31.
176. Baird AJ, Haslam RA. (2013). Exploring differences in pain beliefs within and between a large nonclinical (Workplace) population and a clinical (chronic low back pain) population using the pain beliefs questionnaire, *Phys Ther*, 93(12): 1615-1624.
177. Hamurcu K, Küçükkurt S, Şimşek MB, Erişkin hastalarda ağrı ile başa çıkma yöntemi tercihinin demografik faktörler, ağrı düzeyi ve dental anksiyete ile ilişkilerin değerlendirilmesi, *Yeditepe Klinik*, 2018: 57-63.
178. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7(1): 11-13.
179. He HG, Jahja R, Lee TL, et al. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study, *J Advan Nurs*, 2010, 66: 2398–2409.
180. De Cosmo G, Congedo E, Lai C, Primieri P, Dottarelli A, Aceto P. Preoperative psychologic and demographic predictors of pain perception and tramadol consumption using intravenous patient-controlled analgesia, *Clin J Pain*, 2008, 24: 399-405.
181. Özütemiz E, Selvi O, Tulgar S, Özer Z. Postoperatif ağrı yönetiminin kalitesinin değerlendirilmesinde quips anketi yönteminin kullanımı, *Journal Of Anesthesia – Jarss*, 2016; 24 (4): 228 – 233.

182. Afşar F, Pınar R. Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile başetme yöntemlerinin değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6 (3).
183. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar, *Journal of Human Sciences*, 2006, 1(1).
184. Current NR. İssues in postoperati ve pain management, *Eur J Anaesthesiol*, 2016, 33: 160–171.
185. Yüceer S. Nursing approaches in the postoperatif pain management, *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2011, 2(4): 474–478.

8. EKLER

Ek-1. Veri Toplama Soru Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu hastaların ameliyat sonrasında ağrı inançlarında değişiklik olup olmadığını belirlemektir. Ankete vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. İlgi ve katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Ayşegül ERCİYAS

1.Cinsiyetiniz

- a) Bayan b) Erkek

2-Yaşınız.....

3-Medeni durumunuz nedir

- a) Evli b) Bekar

4-En uzun yaşadığı bölge hangisidir?

- a) İç Anadolu
b) Marmara
c) Karadeniz
d) Doğu Anadolu
e) Güneydoğu Anadolu
f) Ege
g) Akdeniz

5- Çocuk sayınız.....

6-Çalışma durumunuz nedir?

- a) Memur
b) İşçi
c) Emekli
d) Ev hanımı
e) Öğrenci
f) İşsiz

7-Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuyazar değil
b) Okuyazar
c) İlkokul
d) Orta Okul
e) Lise

Ek-1. Devamı

- f) Lisans
- g) Yüksek Lisans

8- Yatışı yapılan klinik hangisidir?

- a) Genel cerrahi
- b) Ortopedi
- c) KVC

9- Yaşamınızda vücudunuzun her hangi bir yerinde kronik (uzun süre) ağrınız var mı?(Cevabınız hayır ise 10.11. sorularını geçiniz)

- a) Evet
- b) Hayır

10-Kronik ağrı olan bölgeleriniz hangileridir?

- a) Bacak
- b) Sırt
- c) Baş
- d) Kol
- e) Kalça
- f) Karın

11-Çoğunlukla ağrı yaşadığınız zaman hangisidir?

- a) Akşam
- b) Sabah
- c) Gece
- d) Öğle
- e) Öğleden sonra

12-Ağrı kesici ilacı ne zaman kullanırsınız?

- a) Sadece ağrım olduğunda
- b) Ağrım olduğunda önce baş etmeye çalışırım geçmezse ağrı kesici alırım
- c) Ağrım olmasa bile doktor reçetesi ile yazmış ise kullanırım

13- Ağrı kesici ilaçlar dışında alternatif uygulamalar yapar mısınız? (Cevabınız hayır ise 14. soruyu geçiniz)

- a) Evet
- b) Hayır

Ek-1. Devamı

14- Ağrınız olduğunda yaptığınız alternatif uygulamalar hangileridir?

- a) Masaj yapmak
- b) Soğuk sıcak uygulamla yapmak
- c) Akupunktur yaptırmak
- d) Tens uygulaması yaptırmak
- e) Hayal kurmak
- f) Dikkatini başka yöne çekecek uğraşlarla ilgilenmek
- g) Aroma terapi
- h) Müzik dinlemek
- i) Gevşeme egzersizleri
- j) Yoga

15. Ağrınızın alternatif uygulamalar ile azalacağına inanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Yakınlarınıza alternatif uygulamaları önerir misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

Post operatif dönem soruları

17. Geçirmiş olduğu operasyon.....

18.VAS'a göre ağrı değerlendirmesi.....

19-Ağrı periyodunuz nasıl?

- a) Sürekli
- b) Aralıklı

20- Ağrınız beklediğiniz düzeyde mi?

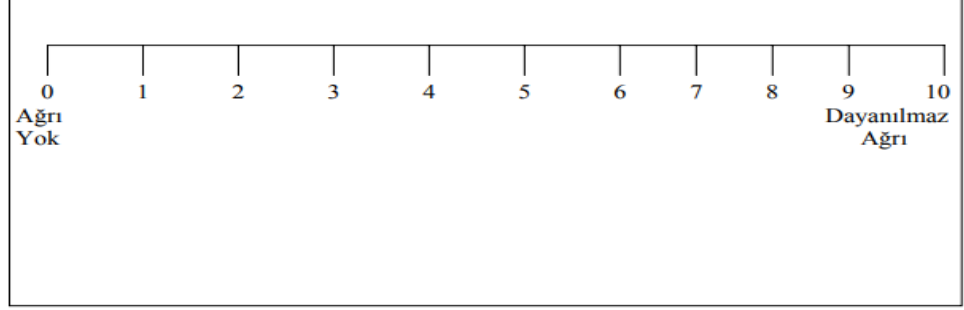
- a) Evet beklediğim şiddette
- b) Beklediğimden daha az şiddette
- c) Beklediğimden daha fazla şiddette

21-Ağrınızı hafifleten durumlar hangileridir?

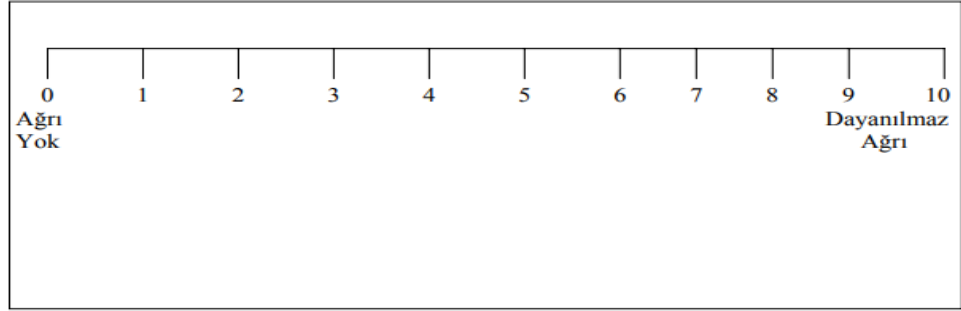
- a) Ağrıkesici ilaç uygulaması
- b) İstirahat
- c) Egzersiz
- d) Masaj
- e) Pozisyon
- f) Dikkatinizi başka yöne çekmek

Ek-2. Vizüel Analog Skalası

Pre-op VAS Ağrı skalası



Post-op VAS Ağrı skalası



Ek-3. Ağrı İnançları Ölçeği

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını işaretleyerek belirtiniz:

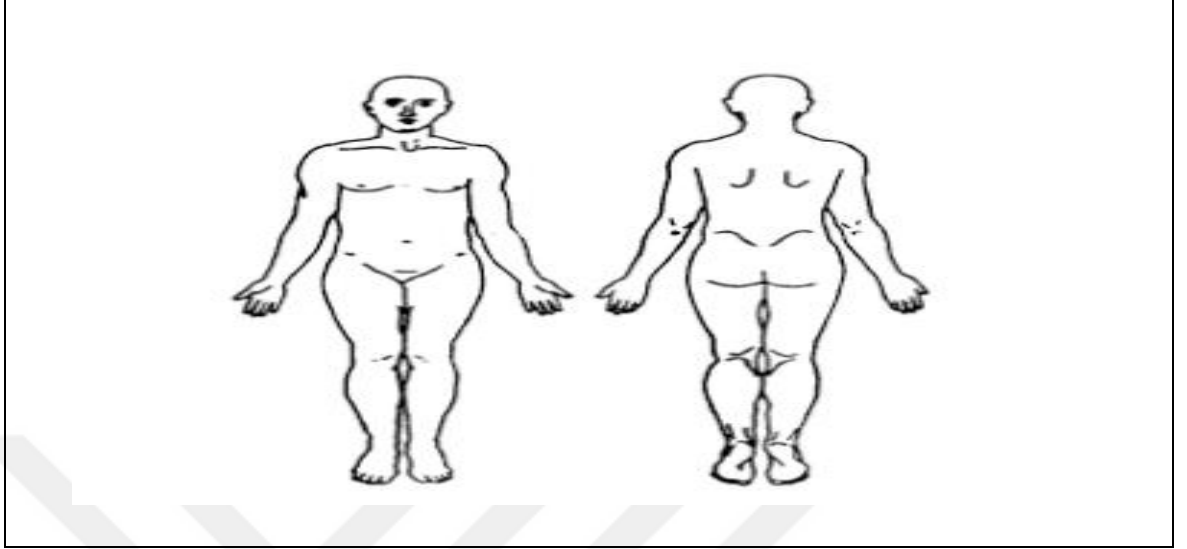
- a) her zaman b) neredeyse her zaman c) sık sık d)bazen e)nadiren f) hiçbir zaman

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.

	Her Zaman	Neredeyse Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.						
Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.						
Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.						
Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.						
Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.						
Rahatken ağrıya baş etmek daha kolaydır.						
Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.						
Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.						
Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir						
Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.						
Ağrı bir hastalığın işaretidir						
Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir						

Ek-4. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

1. Aşağıdaki şekil üzerinden ağrı hissettiğiniz bölgeyi işaretleyiniz



2. Lütfen aşağıda yeralan ağrınızı tanımlayan kelimeyi işaretleyiniz

	YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ
Zonklama				
Fırlayan(titreten)				
Şiş saplanır gibi				
Keskin				
Kramp tarzında				
Kemirici				
Sıcaklık veren				
Acıtıcı				
Yoğun				
İncitici				
Yarıcı				
Yorucu				
Tiksindirici				
Korkunç				
Cezalandırıcı				

3. Ağrı yoğunluğunuzu anlatan kelimeyi işaretleyiniz

()Hafif ()Rahatsız edici ()Şiddetli ()Çok şiddetli ()Dayanılmaz

4. Ağrının süresi

() Devamlı () Periyodik(düzenli aralıklı) () Anlık / Geçici

Ek-5. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Ayşegül ERCİYAS tarafından yürütülen "Cerrahi Ağrı Deneyimi Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı İnançları" 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 sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlanmaz, 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:

- Araştırmanın Amacı Cerrahi ağrı deneyimi olmayan hastaların ameliyat sonrası ağrı deneyimlerinin belirlenmesi
- Araştırmanın İçeriği: Cerrahi ağrı deneyimi olmayan hastaların ameliyat sonrası ağrı deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile anket ve ölçek kullanılacaktır.
- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi 17 ay
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 372 kişi
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Şehir Hastanesi

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:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Ek-6. Etik Kurul Proje Onay Belgesi



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ) ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik bölümü öğrencilerinden Ayşegül ERCİYAS'ın, Cerrahi Ağrı Deneyimi Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı İnançları 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 – 437
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	26.11.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	02.01.2019 – 04
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

İMZA		
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
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-7. Kurum Yazılı İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
ANKARA ŞH ÖZLÜK BİRİMİ
25.02.2019 16:26 - 72300690 - 806.01.03 - E.386
00088092342

Sayı : 72300690-806.01.03
Konu : Ayşegül ERCİYAS Tez Çalışması
Hk.

Ayşegül ERCİYAS

İlgi yazımızda bahsi geçen “Cerrahi Ağrı Deneyimi Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı İnançları” isimli çalışmanızın Hastanemizde yapma talebiniz uygun bulunmuştur. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.
Zuhal KANDEMİR
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Özlük Şubesi 0 312 291 25 25 / 4874

Telefon: Faks No: 0 312 291 27 39

e-Posta: h.doganoz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Bilgi İçin Gökhan DOĞANÖZ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 955ede15-f86e-4f2d-ad78-d457a979094e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Gökhan DOĞANÖZ

Veri Hazırlama ve Kontrol İşt.

Telefon No: (0 312) 224 20 00

Ek-8. Ağrı İnançları Ölçeği Kullanım Onayı Yazılı İzni

https://outlook.live.com/mail/search/id/AQCKADAwATYOMDABLTkZDkYzUSZCOWMAHMDAKABAAGjWw7dA4BUjpiIQo49%2BAANC%3D%3D

← ağrı inanç ölçegi izin Filters

message Reply Delete Archive Junk Move to Categorize

Results

Top results

2132 HANİFE ÖZLEM BERK > Ölçek izni 5/30/2018
Sayın Ayşeğül Erciyas, Ölçeği ar... Inbox
ağrı inançları ölçeği.docx

25 Sema Koçaşlı > (No subject) Sat 5/25
Assist. Prof. Dr. Sema KOÇAŞLI Y... Inbox
MATERIAL VE Y... +2

61 aysegul erciyas > (No subject) Fri 5/24
No preview is available. Sent Items
MATERIAL VE Y...

ms

on Hi...

All results

aysegul erciyas hocam düzeltmeyi bunun... Sun 9:13 AM
No preview is available. Sent Items
AYŞEGÜL ERCİYAS...

aysegul erciyas (No subject) Wed 6/5
No preview is available. Sent Items
AYŞEGÜL ERCİYAS...

Ölçek izni

HANİFE ÖZLEM BERK <osberk@istanbul.edu.tr>
Wed 5/30/2018 1:07 PM
You

ağrı inançları ölçeği.docx
24 KB

Sayın Ayşeğül Erciyas,
Ölçeği araştırmamızda kullanmamızdan memnuniyet duyuyoruz.
Ekte ölçeği **ölçek** ile ilgili bilgileri ve referans için künyeleri bulabileceğiniz dosyayı paylaşıyorum.
Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Doç. Dr. Özlem SerTEL Berk
İstanbul Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü
Klinik Sağlık Psikolojisi Lisansüstü Programlar Koordinatörü

25 Mayıs 2018 13:04 tarihinde aysegul erciyas <aysegul_erciyas@hotmail.com> yazdı:
Değerli Doç.Dr.Hanife Özlem SERTEL BERK hocam,
Geçerliliği ve güvenilirliği tarafınızdan yapılmış olan Ağrı İnanç Ölçeği'nin izniniz doğrultusunda Yüksek Lisans Tez Çalışmamda kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim.Saygılarımla.....

Ayşeğül Erciyas
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bölümü

Ek-9 Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: AYŞEGÜL ERCİYAS
Doğum tarihi	: 19.05.1982
Doğum yeri	: KIRŞEHİR-KAMAN
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: TC
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0 505 237 13 18
Faks	:
E-mail	: aysegul_erciyas@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Kırıkkale Atatürk Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 70 YÖK DİL
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
TÜSAD, ENFEKSİYON HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ, YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ,	

