



**TC
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELER İLE HASTALARIN AĞRI
DEĞERLENDİRMESİ ARASINDAKİ
UYUMLARININ VE HEMŞİRELERİN AĞRI
İNANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BERK KABLAN

**AĞUSTOS, 2020
MUĞLA**



**TC
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELER İLE HASTALARIN AĞRI
DEĞERLENDİRMESİ ARASINDAKİ
UYUMLARININ VE HEMŞİRELERİN AĞRI
İNANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BERK KABLAN

Danışman: Dr.Öğr.Üyesi GÜLŞAH KÖSE

**AĞUSTOS, 2020
MUĞLA**



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELER İLE HASTALARIN AĞRI
DEĞERLENDİRMESİ ARASINDAKİ
UYUMLARININ VE HEMŞİRELERİN AĞRI
İNANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

BERK KABLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 04.08.2020

Tez Danışmanı : Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE
Jüri Üyesi : Doç.Dr. Sevilay ERDEN YÜKSEKKAYA
Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üyesi Züleyha SEKİ

Enstitü Müdürü : Prof.Dr.Banu BAYAR

**AĞUSTOS, 2020
MUĞLA**

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 08/07/2020 tarih ve 179-10 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24. maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Berk KABLAN'nın "**Hemşireler İle Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki Uyumlarınınve Hemşirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi**" adlı tezini incelemiş ve aday 04.08.2020 tarihinde saat 11.30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin başarılı olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Tez Danışmanı
Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE

Üye

Doç.Dr. Sevilay ERDEN YÜKSEKKAYA

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Züleyha SEKİ

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Hemřireler İle Hastaların Ağrı Deđerlendirmesi Arasındaki Uyumlarınınve Hemřirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gűsterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../.....

Berk KABLAN

İMZASI

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU****YAZARIN****Soyadı : KABLAN****Adı : Berk****Kayıt No:****TEZİN ADI****Türkçe** : Hemşireler İle Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki Uyumlarının Ve Hemşirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi**Y. Dil** : Determination of the Congruence Between Nurses and Patients' Pain Assessment and Nurses' Pain Beliefs**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans****Doktora****Sanatta Yeterlilik****(X)****()****()****TEZİN KABUL EDİLDİĞİ****Üniversite** : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi**Fakülte** : Sağlık Bilimleri Fakültesi**Enstitü** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü**Diğer Kuruluşlar :****Tarih** : 04.08.2020**TEZ YAYINLANMIŞSA****Yayınlayan** :**Basım Yeri** :**Basım Tarihi** :**ISBN** :**TEZ YÖNETİCİSİNİN****Soyadı, Adı** : Gülşah KÖSE**Ünvanı** : Dr.Öğr.Üyesi

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 81

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Travma
2. Travma Ağrısı
3. Ağrı Değerlendirmesi
4. Hasta-Hemşire Uyumu

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

1. Travma,
2. Ağrı,
3. Ağrı Değerlendirmesi,
4. Ağrı İnançları,
5. Hemşire.

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

1. Trauma,
2. Pain,
3. Pain Evaluation,
4. Pain Beliefs,
5. Nursing.

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum | <input type="radio"/> |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir | <input checked="" type="radio"/> |

Yazarın İmzası :

Tarih :/...../.....

Hemşireler İle Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki Uyumlarının ve Hemşirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi

ÖZET

Travma durumunda en sık görülen problemlerden biri olan ağrı, hastaların klinik sonucunu direk etkilediği için, sağlık personelinin ağrı şiddetini doğru belirlemesi ve ağrıya yönelik tutumlardan uzak durması oldukça önemlidir. Bu araştırma, hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirme arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi kliniğine travma nedeni ile gelen 150 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgiler Formu, Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ), Ağrı Takip Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, t testi, ANOVA, Paired Sample t test, Pearson Korelasyon testi ve Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalamaları 27.69 ± 2.78 , %69.23'ü kadın, %84.61' i lisans mezunudur. Hastaların yaş ortalaması 34.84 ± 13.95 , %54.67'si erkek, %28.67'si sadece okur yazardır. Hastaların orta şiddette ağrısının olduğu, 1. gün en şiddetli ağrı bildirimini yaptığı, 1. günden itibaren ağrı şiddetinin azaldığı, hemşirelerin ve hastaların eğitim durumu ile ağrı şiddeti puanı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta-hemşire ağrı değerlendirmeleri arasında uyumun yüksek olduğu ancak hastaların bildirdiği ağrı puanının hemşirelerden fazla olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin AİÖ Organik İnançlar (AİÖ-O) puan ortalamasının 3.17 ± 1.05 , Psikolojik İnançlar (AİÖ-P) puan ortalamasının 2.40 ± 0.33 olduğu, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve meslekte çalışma süresi ile AİÖ arasında ilişki bulunduğu, AİÖ-O ortalaması ile akşam ağrı şiddeti puanı arasında ilişki olduğu, AİÖ-O ile AİÖ-P arasında pozitif yönde bir korelasyonun olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, travmalı hastaların ağrı şiddetinin düzenli olarak değerlendirilmesi, ağrı değerlendirmesinde eğitim durumuna dikkat edilmesi, travmalı hastalarda ağrı değerlendirmesinde hasta-hemşire değerlendirmelerindeki benzerliği arttırmak ve ağrının doğasının daha iyi anlaşılması için eğitime daha fazla önem verilmesi ve ağrı kontrolünün sağlanması için ağrı değerlendirme ve yönetim protokollerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Travma, Ağrı, Ağrı Değerlendirmesi, Ağrı İnançları, Hemşire

Determination of the Congruence Between Nurses and Patients' Pain Assessment and Nurses' Pain Beliefs

ABSTRACT

Pain, which is one of the most common problems in the case of trauma, directly affects the clinical outcome of the patients, therefore it is very important for the healthcare professionals to correctly determine the pain severity and avoid attitudes towards pain. This descriptive study aims to determine the congruence between nurses and patients' pain assessment and nurses' pain beliefs. The sample of the study consists of 150 patients who came to the General Surgery clinic of a state hospital due to trauma. Introductory Information Form, Pain Beliefs Scale (PBS), and Pain Follow-up Form were used in data collection. Descriptive statistics, t test, ANOVA, Paired Sample t test, Pearson Correlation test and Intra-Class Correlation Coefficient tests were used to evaluate the data. The mean age of the nurses is 27.69 ± 2.78 , 69.23% of them are female, 84.61% of them have bachelor's degrees. The mean age of the patients was 34.84 ± 13.95 , 54.67% were male, 28.67% were only literate. It has been found that the patients had moderate pain, the most intense pain was reported on the 1st day, the intensity of pain has decreased after the 1st day, and there is a relationship between the education level of the nurses and patients and the pain intensity score. It was found that the congruence between patient and nurse pain assessments was high, but the pain scores reported by the patients were higher than the nurses did. It was determined that the mean score of nurses Organic Beliefs (PBS-O) was 3.17 ± 1.05 , and that the mean score of Psychological Beliefs (PBS-P) was 2.40 ± 0.33 , and that there is a relationship between the age, gender, educational status and duration of work of nurses and the PBS, and that there was a relationship between the mean of PBS-O and the evening pain intensity score, and that there is a positive correlation between PBS-O and PBS-P. In line with the results obtained from the research, it is recommended to regularly evaluate the severity of pain in trauma patients, pay attention to their education level in the pain assessment, give more importance to education in order to increase the similarity in patient-nurse evaluations in pain assessment in trauma patients and to better understand the nature of pain, and develop pain assessment and management protocols to provide pain control.

Key Words: Trauma, Pain, Pain Assessment, Pain Beliefs, Nurse

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve tez çalışmamın tüm aşamalarında sonsuz desteğini ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanı hocam Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE'ye

Yüksek lisans eğitim sürecimde desteklerini esirgemeyen Dr.Öğr.Üyesi Züleyha SEKİ'ye

Lisans eğitimimden beri bana yol gösteren ve hiçbir desteğini esirgemeyen Arş.Gör. Cemile ÇELEBİ'ye

Hiçbir desteğini esirgemediğim yanımda olan aileme,

Tezin yürütülmesinde görüş ve önerileri ile destek olan ve her türlü yardımı esirgemeyen başta Akçakale Devlet Hastanesi Yönetimine,

Tezin yürütülmesinde, uygulama aşamasında her türlü yardım ve kolaylığı sağlayan Hastanemiz Ortopedi ve Travmatoloji doktorları Opr. Dr. Ahmet BÜYÜKHATİPOĞLU ve Opr. Dr. Tayfun BACAKSIZ'a, tüm hemşire arkadaşlarıma,

Akçakale Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlayan teze katılan tüm hastalara katkılarından dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
	No
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Travma	4
2.1.1. Travmanın Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Travmanın Hasta Üzerine Etkileri	6
2.2. Ağrı	
2.2.1. Ağrının Tanımı	7
2.2.2. Travma Ağrısı	7
2.2.3. Travma Ağrısının Sistemler üzerine Etkisi	8
2.3. Ağrı İnançları ve Algısı	9
2.3.1 Ağrı İnançları ve Algısını Etkileyen Faktörler	10
2.4. Ağrının Değerlendirilmesi ve Önemi	11
2.4.1. Travma Hastalarında Ağrı Değerlendirmesinin Önemi	14
2.4.2. Travma Hastalarının Ağrı Değerlendirmesinde Hemşirenin Rolü	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.1. Katılımcıların Özellikleri	19

3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	20
3.4.2. Ağrı İnançları Ölçeği	21
3.4.3. Ağrı Takip Formu	21
3.5. Araştırmanın Ön Uygulanması	22
3.6. Araştırmanın Uygulanması	22
3.6.1. Hastalar İçin Verilerin Toplanması	22
3.6.2. Hemşireler İçin Verilerin Toplanması	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	26
4.2. Ağrı Puanına İlişkin Bulgular	29
4.3. Ağrı İnanışları Ölçeğine İlişkin Bulgular	34
5. TARTIŞMA	37
5.1. Ağrı Puanına Yönelik Bulguların Tartışması	38
5.2. Ağrı İnanışları Ölçeğine Yönelik Bulguların Tartışması	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR	46
8. EKLER	
8.1. Ek 1- Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgiler Formu	57
8.2. Ek 2- Ağrı İnançları Ölçeği	58
8.3. Ek 3- Ölçek Kullanım İzni	59
8.4. Ek 4- Ağrı Takip Formu	60
8.5. Ek 5- Etik Kurul Onay Belgesi	61
8.6. Ek 6- İl Sağlık Oluru	62
8.7. Ek 7- Aydınlatılmış Onam Formu-Hemşireler İçin	63
8.8. Ek 8- Aydınlatılmış Onam Formu- Hastalar İçin	64
9. ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar

	Sayfa
	No
Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.1.3. Hastaların Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.2.1. Hasta ve Hemşirelerin Ağrı Puanı Ortalamalarının İncelenmesi	29
Tablo 4.2.2. Hemşirelerin ve Hastaların Ağrı Puanı Ortalamalarının Zamanlara Göre İncelenmesi	30
Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ağrı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	31
Tablo 4.2.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ağrı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	32
Tablo 4.2.5. Hasta ve Hemşirelerin Ağrı Puanı Ortalamaları Arasındaki Uyumun İncelenmesi	33
Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ağrı İnançları Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	35
Tablo 4.3.3. Ağrı İnançları Ölçek Alt Boyutları ve Ağrı Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36

ŞEKİLLER

	Sayfa
	No
Şekil 4.2.1. Ağrı Puanlarının Zamansal Değişimi	30



KISALTMALAR

Ark.	: Arkadaşları
AİÖ	: Ağrı İnançları Ölçeği
bkz.	: Bakınız
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
cm	: santimetre
ICC	: Sınıf İçi Korelasyon Kat Sayısı
İL	: İnterlökkin
mm	: milimetre
Ort.	: Ortalama
PBQ	: PainBeliefsQuestionnaire
SS	: Standart sapma
TENS	: Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TNF	: Tümör Nekrozis Faktör
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ver.	: Versiyon

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Ağrı, duyuşal ve duygusal olarak algılanan, fonksiyonelliği bozan, yaşam kalitesini etkileyen bir durumdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne (UAAD) göre "mevcut veya potansiyel bir doku harabiyetine bağlı, hoş olmayan duyuşal ve duygusal bir yaşantı" olarak tanımlanmaktadır (IASP, 1979). Çok boyutlu ve karmaşık doğasının yanında, sürekliliği olan, subjektif ve bireysel bir durum olan ağrı (Dicle, Karayurt ve Dirimese, 2009; Raffaelli ve Arnaudo, 2017), yaş, cinsiyet, eğitim, evre, kültür, ağrıyı algılayış biçimi, ağrıya tolerans, ağrı karşısındaki beklentiler, ağrıyla başa çıkma şekli gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Alavi, Aboutalebi ve Sadat, 2016; Turk, Swanson ve Wilson, 2010).

Her yaş ve cinsiyette deneyimlenebilen ve subjektif bir kavram olan ağrı, bireyden bireye değişmesi yanında birçok hastalığa da eşlik etmektedir (Demir Dikmen, Yıldırım Usta, İnce, Türken Gel ve Akı Kaya, 2012; zveren, Faydalı, Glнар ve Faydalı Dokuz, 2018). Bu nedenle tanılması zor ve karmaşıktır (Demir Dikmen ve ark., 2012; zveren ve ark., 2018). Ağrının eşlik ettiği ve değerlendirilmesinde sorun yaşanılan alanlardan biri de travmalı hastalardır (Aygin ve Var, 2012). Travma sonrası ağrı görülme oranı %70-90'lardadır (Accardi-Ravid ve ark., 2018) ve hastalar orta ve şiddetli derecelerde ağrı deneyimlemektedir (Jones Jr, Southerland ve Catalani, 2017; Prastika, Kitrungrrote ve Damkliang, 2018). Majör ve kompleks bir durum olan ve son derece acı verici bir deneyim olan travmada, ağrının belirlenmesi, tanımlanması ve yönetilmesi daha da önem kazanmaktadır (Nischal, Arulraja ve Shaheen, 2020). Ancak travma durumunda hastanın daha çok fiziksel problemine öncelik verilmesi ağrısının göz ardı edilmesine neden olmakta, etkili ağrı değerlendirmesi ve yönetimi yapılamamaktadır (Alavi ve ark., 2016; Buckenmaier, 2012). Bu durum hastanın hastanede kaldığı süre, bakım maliyeti, iş gücü kaybını arttırmakta, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini azaltmakta, birçok fizyolojik ve psikolojik etkinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Accardi-Ravid ve ark. 2018; Oyler, Parli, Bernard, Chang, Procter ve Harned, 2015; Pierik ve ark., 2015; Sucu akmak ve alışkan, 2020). Ayrıca hastaların tedaviye uyumu etkilenmekte ve olumsuz klinik sonuçlar grlmektedir (Bouri, El Ansari, Mahmoud, Elhessy, Al-Ansari, Al-Dosari, 2018; Oyler ve ark., 2015).

Etkili ağrı yönetimi sağlamanın ilk adımı önyargılardan uzak, objektif, doğru ve rutin ağrı değerlendirmesi yapmak (Sucu akmak ve alışkan, 2020; Yıldırım ve ark.,

2015) ve ağrıyı deneyimleyen kişi olan hastanın bildirimine güvenmektir (Alcock, 2017; Demir Dikmen ve ark., 2012; Özveren ve ark., 2018). Ancak yapılan çalışmalarda, sağlık personelinin ağrısını ifade eden hastaya her zaman inanmadıkları ve hastalarda ağrı davranışlarını izlemedikleri, hastaların algıladığı şiddetten daha düşük şiddette ağrı değerlendirmesi yaptıkları, ağrı yönetimi ve ağrı şiddeti konusunda aldıkları kararların hastaların o anki durumları yerine ağrı ile ilgili kendi deneyimleri, tutumları ve algılarından etkilendiği belirtilmektedir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Demir Dikmen ve ark., 2012; Gyurcsik, Brawley, Spink, Glazebrook ve Anderson, 2011; Özveren ve ark., 2018; Reneman, Dijkstra, Geertzen, Dijkstra, 2010; Ruben, van Osch ve Blanch-Hartigan, 2015; Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Yang ve ark., 2020; Yıldırım ve ark., 2015). Bunun nedenleri arasında, ağrı yönetimi konusunda yetersiz bilgi sahibi olma, farmakoloji bilgisinin yetersiz olması, kişisel ya da kültürel ağrı inanışları, kişisel ağrı deneyimleri, klinik deneyimleri, analjezik ilaçların yan etkilerinden ve bağımlılık yapmasından korkulması gibi çok çeşitli faktörler sayılmaktadır (Demir Dikmen ve ark., 2012; Gyurcsik ve ark., 2011; Reneman ve ark., 2010; Ruben ve ark., 2015; Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Shulman, Marcano, Davidovitch, Karia ve Egol, 2016). Bu faktörlerden özellikle ağrı değerlendirmesinde hasta-hemşire uyumunun olmaması ve ağrıya yönelik tutum ve inanışlar nedeni ile hastanın ağrısının hafife alınmasının ağrı değerlendirmesini etkilediği, ağrı değerlendirmesinde ve dolayısı ile ağrı tedavisinde yetersiz kalınmasına neden olduğu, buna bağlı olarak hastada fizyolojik ve psikolojik ek sorunlar ortaya çıktığı ve iyileşmenin olumsuz yönde etkilendiğinin altı çizilmektedir (Aydede, 2017; Germossa, Hellesø ve Sjetne, 2019; Nasir ve Ahmed, 2020; Shulman ve ark., 2016). Kas-iskelet travması olan hastalar ile yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin hastaların %95'inde ağrı şiddetini hafife aldığı ve bunun da ağrının yetersiz yönetimi ile sonuçlandığı belirtilmektedir (Pierik ve ark., 2015).

Travmalı hastada ağrı ile ilgili sonuçların iyileştirilebilmesi, tedavi hedeflerinin belirlenebilmesi için hastanın ağrı şiddetinin doğru belirlenmesi oldukça önemlidir (Accardi-Ravid ve ark., 2018). Ağrı kontrolünün temel unsurlarından biri, hemşirelerin ve hastaların ağrı yoğunluğunu aynı anlamda değerlendirmeleridir (Alemdar ve Aktaş, 2014). Bu nedenle ağrıyı deneyimleyen hastaların ve ağrıyı değerlendiren hemşirelerin ağrıyı nasıl algıladığı ve anlamlandırdığı (Prastika ve ark., 2018), ağrıyı deneyimleyen hastaların bildirdiği ağrı şiddeti ile ağrının değerlendirilmesinde primer rol oynayan hemşirelerin ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumunun belirlenmesi ve ağrı algıları

arasındaki farklılıkların tespit edilmesi oldukça önemlidir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020). Türkiye’de bu yönde yapılan araştırmalar incelendiğinde, travmalı hastalarda ağrı değerlendirmesinde hasta-hemşire arasındaki uyumun ve ağrı inanışlarının incelendiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca ağrı inanışları ve algısının sadece hasta boyutuyla incelendiği (Akyaz, 2018; İnal, 2018; İnci, 2018; Kocataş, 2016), hemşirelerin ağrı ile ilgili inanışlarının ağrı değerlendirmesine etkisine yönelik de bir araştırma bulunmadığı görülmüş, bu yönde de bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle travmalı hastalarda hemşireler ile hastaların ağrı şiddetini değerlendirmedeki performansları ve ağrıya yönelik inanışların ağrı değerlendirmesine etkisi hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamaya yönelik tasarlanmış araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu gereksinimden yola çıkılarak bu çalışmada, travma nedeni ile hastaneye başvuran hastaların ağrı değerlendirmesinde hemşireler ile hastaların uyumları ile hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

Fiziksel ve kimyasal nedenlerle, deri, kas, kemik, damar, sinir vb. yapıların bütünlüğünün bozulması, tahrip olması, dokunun fizyolojik özelliklerinin geçici bir süreyle veya tamamen kaybolmasına travma (yaralanma) denir. (O'Hara, Isaac, Slobogean, Klazinga, 2020; Kocataş, 2016). Travma sözcüğü eski Yunanca kökenli "Tpavma" yani, yaralanma anlamına gelmektedir. Yapısal değişiklik ve fizyolojik bozukluklarla karakterize olan travma, mekanik, termal, elektrik ve kimyasal enerjilerle oluşmakta veya oksijen ve ısı gibi yaşamın temel unsurlarının yokluğuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (İnci, 2018; Kleber, 2019).

Travma, acil servise ve hastanelere yapılan başvurular arasında en sık nedenlerden biridir ve en sık karşılaşılan travma çeşitlerinden biri de kas-iskelet sistemi travmalarıdır (Mavrogenis, Igoumenou, Kostroglou, Kostopanagiotou ve Saranteas, 2018). Kas-iskelet sistemi travmaları içinde ise en sık alt ve üst ekstremitte travmaları ile karşılaşılmaktadır. Alt-üst ekstremitte travmaları, travmalı hastaların %80'ini oluşturmaktadır. Bu travmalar, yumuşak doku, kemik, sinir ve damar hasarının kombinasyonudur (Bérubé, Choinière, Laflamme ve Gélinas, 2016) ve hastaların büyük bir çoğunluğunda kırıklar oluşmaktadır (Nischal ve ark., 2020). Alt ve üst ekstremitte travmalarında acil servise yapılan başvurularda sıklıkla üst ekstremitte ön kol kemik kırıkları (radius ve ulna), alt ekstremitte de bacak kırıkları (tibia ve fibula) ile karşılaşılmaktadır. Kırıklar potansiyel nörovasküler hasar oluşturması ve yoğun bir akut ağrıya sebep olması nedeni ile acil vakalar arasında yer almaktadır (Bérubé ve ark., 2016).

2.1.1. Travmanın Epidemiyolojisi

Önlenebilir morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer alan travmatik yaralanmalar, ülkelerin kültürel, ekonomik, sosyal özellikleri gibi temel özelliklerinden bağımsız olarak her ülkede karşılaşılan temel bir sorundur (Aydın, 2016; İnci, 2018; Kocataş, 2016). Travma insidansı yüksek olmakla birlikte her geçen yıl daha da artmaktadır. ABD'de, her yıl yaklaşık 2,5 milyon, Avrupa ülkelerinde ise 5,5 milyon insan travmatik yaralanmalar nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır (Prastika ve ark., 2018). En yüksek yaralanma türü ortopedik kırıklar ve travma ile ilişkili iç organ yaralanmalarıdır (Accardi-Ravid ve ark., 2018). Ülkemizde ise acil servise başvuran hastaların %3-20'sini travma hastaları oluşturmaktadır (İnci, 2018).

Travmatik yaralamalar sıklıkla genç nüfusu etkilemekte birlikte (Kocataş, 2016; O'Hara ve ark., 2020; Orhon, 2011), 65 yaşın altındaki kişilerde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Kocataş, 2016; O'Hara ve ark., 2020; Mavrogenis ve ark., 2018; Orhon, 2011). Travmatik yaralanmaların yaklaşık %65'ini 18-55 yaşları arasındaki bireyler oluşturmaktadır (Bérubé ve ark., 2016). Travma, 20-44 yaş aralığındaki kişilerde ölüm sebebi olarak birinci sırada yer alırken, 44 yaş üzeri kişilerde 3. ya da 4. en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (İnci, 2018; Kocataş, 2016; Orhon, 2011). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık İstatistikleri 2018 verilerine göre ülkemizde travma nedeni ile ölüm oranı 4.38 ile 6. sırada yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında ise kanser ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Aydın, 2016; O'Hara ve ark., 2020). Bu yaralanmaların %50'sinde ekstremitelere bağlı yaralanmalardan kaynaklanan sakatlık nedeniyle üretkenlik kayıpları ortaya çıkmaktadır (Mavrogenis ve ark., 2018).

Motorlu taşıt kazaları, ateşli silah yaralanmaları, düşmeler, kesici-delici alet yaralanmaları gibi fiziksel travmalar, en sık travma sebebidir (Mavrogenis ve ark., 2018; O'Hara ve ark., 2020; Prastika ve ark., 2018). Fiziksel travmalar, başlıca künt ve penetran travmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Düşme, trafik kazaları ve darp gibi olaylar künt travma grubuna girmekte, tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte daha çok genç erkekleri etkilemektedir (İnci, 2018).

Künt travmalar, vücutta oluşturduğu etki bakımından kendi içinde darbenin geldiği yöne göre; direkt ve contre-coup olarak ikiye ayrılmaktadır. Direkt yaralanma, travmanın isabet ettiği yerde gelişmektedir. Contre-coup yaralanma ise beyin ve akciğer gibi kafatası ve toraks boşlukları içinde sınırlı kalmış organlarda, travmanın geldiği yönün aksi tarafında kontüzyon vb. lezyonların görülmesidir (İnci, 2018).

Künt fiziksel travmalarda, solid organ yaralanmalarının en sık nedeni trafik kazalarıdır (İnci, 2018). Travma nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan trafik kazalarını azaltmaya yönelik çeşitli önlemler alınmasına rağmen, tüm dünyada her yıl 45 milyon insan trafik kazası nedeni ile yaralanmakta ve ağır derecede sakat kalmaktadır (Kocataş, 2016). TÜİK Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri'ne göre ülkemizde 2016 yılında toplam 1 milyon 182 bin 491 adet trafik kazası gerçekleşmiş, bunların 185 bin 128'i ölümlü-yaralanmalı trafik kazası şeklinde oluşmuştur. Gerçekleşen bu kazalarda, 303 812 kişi yaralanmış, 3 bin 807 kişi yaralanma sonrası sağlık kuruluşunda hayatını kaybetmiştir.

Tüm dünyada en çok karşılaşılan fiziksel travma nedenlerinden biri de düşmelerdir (İnci, 2018) ve travmaya bağlı ölümlerin ilk üç sırasında gelmektedir. Düşmeler özellikle

yaşlı ve çocuk yaş grubunu önemli oranda etkilemekte, yaş ilerledikçe düşmeye bağlı mortalite de artmaktadır (O'Hara ve ark., 2020). Düşmenin şiddetine ve şekline bağlı olarak, sıkışma ve yırtılma tarzında iç organ yaralanmaları, kırıklar, gövdenin ve başın hareketinin devamına bağlı olarak spinal yaralanmalar oluşabilmektedir. Düşme ellerin üstüne olduğunda, travmalar öncelikle üst ekstremitelere zarar vermekte, baş düşme sırasında önde gelen kısım olduğunda yaralanmanın ciddiyeti önemli ölçüde artmaktadır. Düşülen zeminin yapısı da yaralanmanın şeklini etkileyen faktörlerden biridir.

2.1.2. Travmanın Hasta Üzerine Etkileri

Travma patofizyolojisi, etkilerine göre birincil ve ikincil etki olarak ayrılmaktadır. Birinci etkiler, yaralanmanın neden olduğu organ, yumuşak doku, iskelet sistemi yaralanması, hipotansiyon ve hipoksemi gibi etkenleri kapsamaktadır. Travma sonrası ilk etkiler, ortaya çıkan kan kaybı ve doku hasarına bağlı vasküler yatakta genel hipoksemiye neden olmaktadır. Hipoksemi ve hipoperfüzyona bağlı hasarlanmış dokulardan Tümör Nekrozis Faktör (TNF) α , İnterlökin 1 β (IL-1 β), Makrofaj Migrasyon Faktör, IL-6 ve IL-8 gibi sitokinler salınmaktadır (Oyler ve ark., 2015).

İkincil etki ise yaralanmaya yanıt olarak ortaya çıkan ürünlerin meydana getirdiği sonuçlar ve komplikasyonları içermektedir. İkincil etkiler arasında, sekonder enfeksiyonlar, asidoz, hipotermi, hipotansiyon ve invaziv cerrahi girişimler sayılmaktadır. Yaralanma sonrası ilk fizyolojik reaksiyonu nöroendokrin sistemin vermesine bağlı olarak adrenokortikal sistem aktive olmaktadır. Doku hasarına bağlı olarak sempatik aktivitede artış olmakta ve serum epinefrin, norepinefrin, büyüme hormonu, kortizol, renin, aldosteron ve antidiüretik hormon seviyelerinde yükselme ile giden endokrin ve metabolik yanıt gelişmektedir. Buna bağlı olarak kalp hızında artma, tansiyon yükselmesi ve kas kan akımında artışla beraber, böbrek, barsak kan akımında azalma, glomerüler filtrasyon hızında düşme ve sodyum-su retansiyonunda artış gelişmektedir. Artmış katabolik yanıt ile hızlanan glikojenoliz, lipoliz ve proteoliz kan şekeri artışı ortaya çıkarmaktadır. Vazokonstriksiyon ve kalp hızında artma, erken dönemde hasarı sınırlayarak hayat kurtarıcı olabilirken, geç dönemde organlarda iskemi ve enfarktüs gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Ayrıca ileri yaş, uzun süre hareketsiz kalmak ve geniş travma bölgesi, trombosit sayısında ve kan viskozitesinde artış, fibrinolizde azalma ve koagülasyon faktör seviyelerinde düzensizlikler gibi hemostatik değişiklikler ile bir araya geldiğinde hayatı tehdit eden tromboembolik olay riskini de artırmaktadır (Jones Jr ve ark., 2017; Oyler ve ark., 2015; Uyar ve Köken, 2017).

2.2. Ağrı

2.2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı kelimesinin kökeni Latince poena (ceza, işkence, intikam) kelimesinden gelmektedir (Aydede, 2017). İnsanoğlunun çağlar boyunca açıklamaya çalıştığı ağrı, öznel bir algı olduğu için tanımı oldukça güçtür, bu nedenle birçok tanımı bulunmaktadır. Günümüzdeki en geçerli ağrı tanımı UAAD tarafından yapılan tanımdır. Buna göre ağrı, “mevcut veya potansiyel bir doku harabiyetine bağlı, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir yaşantı” olarak tanımlanmıştır (IASP, 1979). Ağrının bir diğere tanımı McCaffery tarafından yapılmıştır. McCaffery ağrıyla “Ağrı, ağrıyı yaşayan kişi ne diyorsa odur ve her ne zaman ağrıyı yaşayan kişi var olduğunu söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamaktadır (McCaffery, Herr ve Pasero, 2011).

2.2.2. Travma Ağrısı

Ağrı, travma hastalarında en sık görülen ve hastaların acil servise en sık başvurma nedenleri arasındadır (Aydede, 2017; Alavi ve ark., 2016; Dijkstra, Berben, vanDongen ve Schoonhoven, 2014; Nischal ve ark., 2020). Hastalarda özellikle alt veya üst ekstremitelerde ağrı, deformite, hassasiyet, şişlik, hareketsizlik görülmektedir. Ağrı çoğru zaman kendini gösteren en sık belirtidir ve kişi için dayanılmaz bir durum haline gelebilmektedir. Hastaneye başvuran travma hastalarının çoğunda akut (Accardi-Ravid ve ark., 2018) ve ortadan şiddetliye değışen derecelerde ağrı ortaya çıkmaktadır (Accardi-Ravid ve ark., 2018; Bérubé ve ark., 2016; Jones Jr ve ark., 2017; Prastika ve ark., 2018).

Akut ağrı, ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olan hasar ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi sürecinde zamanla giderek azalan ve iyileşme tamamlandığında kaybolan bir ağrı şeklidir (Uyar ve Köken, 2017). Genellikle belirli bir olay, yaralanma veya hastalıkla ilişkilidir ve kısa süre devam etmesi beklenir (Bérubé ve ark., 2016). Travma sonrası iyileşme süresi, kemik ve yumuşak doku hasarının derecesine, hasta özelliklerine (yaş, sigara, diyabet vb) ve uygulanan cerrahi tedaviye göre değışmekle birlikte, komplikasyonların olmadığı durumlarda kısa sürelidir ve genellikle altı ayı geçmez. Bu nedenle travma sonrası görülen akut ağrının da bu süre içinde geçmesi beklenir (Bérubé ve ark., 2016; Gracely, 2016). Akut ağrı, hastanın hekime başvurusu için bir uyarı işlevi görür (Uyar ve Köken, 2017). Travma etkisi devam ettiğinde ise ağrı kronikleşebilmektedir (Bérubé ve ark., 2016). Kronik ağrı, olağru yaralanma-iyileşme sürecini aşan veya bireyin günlük işleyişini ve sağığını olumsuz yönde etkileyen, 3-6 aydan uzun süre devam eden veya

tekrarlayan ağrı olarak tanımlanır (Bérubé ve ark., 2016; Yang ve ark., 2020). Günümüzde, bireylerin psikososyal durum, yaşam kalitesi ve işlevselliklerinin ciddi ölçülerde bozulması açısından önemli bir problemdir (Yang ve ark., 2020).

Travma esnasında karşılaştığımız bir diğer ağrı şekli nörofizyolojik ağrıdır. Nörofizyolojik ağrı, nosiseptif ve nöropatik ağrı olarak karşımıza çıkmaktadır. Nosiseptif ağrı, doku zedelenmesinden kaynaklanan ağrıdır ve koruyucu işleve sahiptir (Ayhan, 2015). Aynı zamanda somatik ve viseral ağrıyı da kapsar. Genellikle analjezik ilaçlar veya farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları gibi geleneksel tedavilere yanıt verirler (Yağcı ve Saygın, 2019). Nöropatik ağrı ise, genellikle travma esnasında periferik sinirlerin hasarına bağlı olarak ortaya çıkan ağrıdır (Aygin ve Var, 2012). Nörolojik yapının ya da işlevinin değişmesi nedeni ile oluşur. Periferik, santral veya psikolojik mekanizmaların bir kombinasyonu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Osborn, 2018).

2.2.3. Travma Ağrısının Sistemler Üzerine Etkisi

Geleneksel yaklaşımda ağrı, travma veya hastalık sürecinde bir semptom olarak görülmektedir. Ancak günümüzde, ağrının sadece bir hastalık belirtisi değil, zaman zaman başlı başına bir hastalık süreci olduğu görüşü kabul görmeye başlamıştır (Buckenmaier, 2012). Bu nedenle özellikle travma hastasında ağrının göz ardı edilmesi ile birçok sistemin etkilendiği, iyileşmenin uzadığı, hasta konforunun bozulduğu, morbidite ve mortalitenin artabildiği belirtilmektedir (Buckenmaier, 2012; Jones Jr ve ark., 2017). Travma durumunda sistemlerde şu şekilde etkiler görülmektedir:

Solunum sistemi: Ağrı nedeniyle karın, toraks ve diyafragmanın kas hareketleri sınırlanır, bu durum fonksiyonel residüel kapasite ve vital kapasiteyi düşürür. Ağrı nedeni ile öksüremeyen hastada atelektazi ve ventilasyon/perfüzyon oranının bozulması, hipoksi ve pnömoni gelişir (Jones Jr ve ark., 2017; Kök, 2018).

Kardiyovasküler sistem: Şiddetli ağrı katekolamin yanıtını arttırarak plazma katekolamin düzeylerini yükseltir. Buna bağlı olarak hipertansiyon, taşikardi ve sistemik vasküler dirençte, kalp yükünde ve miyokardın oksijen tüketiminde artış meydana gelir (Jones Jr ve ark., 2017; Kök, 2018).

İskelet ve kas sistemi: Erken dönemde, mobilizasyonu engelleyen şiddetli ağrı, hareketliliğin azalmasına yol açar, artmış sempatik sinir sistemi aktivasyonu nedeni ile alt ekstremitelerde kan akımı azalır ve sonuçta tromboembolik komplikasyon riski artar (Jones Jr ve ark., 2017; Kök, 2018).

Gastrointestinal sistem: Ağrı nedeniyle aktivite olan sempatik sinir sistemi gastrik sekresyonları artırır, intestinal tonüsü azaltır ve bu durumda gastrik boşalma yavaşlar. Bunun sonucunda bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, abdominal distansiyon, gastrik staz, konstipasyon ve parolitik ileus görülebilir (İzveren ve Dal, 2011; Kök, 2018).

Üriner sistem: Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına neden olarak idrar yapmayı güçleştirir (Ayhan, 2015).

Endokrin ve metabolik sistem: Ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler; sodyum ve su retansiyonuna, kan şekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktat asit düzeyinde artmaya neden olur (Ayhan, 2015; Jones Jr ve ark., 2017)

2.3. Ağrı İnançları ve Algısı

Kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden alan inançlar, bilişsel bakış açısında kişinin tanımlamış olduğu düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir (Koçoğlu ve Özdemir, 2011). Ellis, inançların, düşünceler, tutumlar veya imajlar olabileceğini ve duyguların da birincil belirleyeni olduğunu ifade etmiştir (Ellis, 1997). Ellis'e göre, inançlar sabit gerçekler değil hipotezlerdir; gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilirler. Bu açıdan bakıldığında ağrı ile ilgili inançları gözlenebilir, test edilebilir ve değiştirilebilir hipotezler olarak görmek ağrı tedavilerinde büyük önem taşımaktadır (Ellis 1997; Erciyas, 2019).

Ağrı algısı temelde, Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar olmak üzere iki kavrama odaklanmıştır. Organik İnanç kavramında ağrıların, yaralanma, doku hasarı, travma gibi fiziksel etkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Yaralanma ve hasar ne kadar büyükse o kadar fazla şiddette ağrı olacağı inancı bulunmaktadır. Psikolojik İnanç kavramında ise, ağrıların nedeninin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörler olduğuna inanılmaktadır (Sertel Berk, 2006; Erciyas, 2019).

Literatürde, hemşirelerin ağrının organik ya da psikolojik temelli oluşu ile ilgili inançları, sahip olduğu kişisel ve kültürel ağrı inançları ve kendi ağrı deneyimlerinin ağrı ile baş etme ve tedavi yöntemini seçmede etkili olabileceği belirtilmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Ayrıca sağlık personelinin sahip olduğu ağrı tutumları ve inançlarının, ağrının hafife alınmasına ve yetersiz tedavisine yol açabileceğinin de altı çizilmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Bu nedenle ağrı inançlarının sorgulanması, ağrıyı etkin bir şekilde kontrol altına yöntemleri açısından oldukça önemlidir (Babadağ, 2014; Baird ve Haslam, 2013; Cesur, 2015; Erciyas, 2019; Salt Peker, 2007).

2.3.1. Ağrı İnançları ve Algısını Etkileyen Faktörler

Ağrı hissi, bazı hallerde vücuttaki hastalıkların habercisi olarak faydalı sayılsa da çoğu zaman, kurtulmak istenilen, günlük yaşantıyı olumsuz etkileyen, hatta onu ızdırap haline getiren bir duygudur. Ağrı, acı çeken kişileri, bedensel, duyuşal ve psikolojik olarak etkilemekte, yakınları için de duygusal ve sosyal sıkıntılar doğurmaktadır (Wang ve ark., 2016). Bununla birlikte sağlık personelinin geçmişte yaşadığı tecrübeler, klinik deneyimi, sürekli ağrılı hasta ile çalışması, bellekteki birikimler ve o anki emosyonel durumu da hissedilen ve algılanan ağrı şiddetini etkilemektedir (Modanlo ve ark., 2010; Ruben ve ark., 2015; Wang ve ark., 2016). Buna bağılı olarak, ağrının yalnızca merkezi olarak iletilen nosiseptif girdi değıil, aynı zamanda kişinin kültürel beklentileri, deneyimleri ve duygusal yorumlarından da etkilendiğı kabul edilmektedir (Jones Jr ve ark., 2017). Bu nedenle literatürde, hemşireler ve hastaların farklı bilişsel yapılar ile ağrıyı tanımlamaya ve derecelendirmeye çalıştığı belirtilmektedir. Hastalar önceki ve kişisel deneyimlerini kullanarak ağrıyı tanımlayıp derecelendirirken, hemşireler çalışma yılları boyunca karşılaştıkları hastaların deneyimleri ile ilişkilendirebilmektedir (Ruben ve ark., 2015). Bu nedenle hastanın iletişim kurduğu sağlık personelinin deneyimi, bilgisi, algıları, farkındalığı ve bu konudaki inanç ve tutumları ağrının değerlendirilmesinde oldukça etkili olmaktadır (Wooldridge ve Branney, 2020).

Hastanın acısını anlamının ön koşulu, hemşirelerin yeterli bilgi ve istekliliğe sahip olmasıdır. Bu nedenle hemşireler, kişisel önyargılarının ağrı değerlendirmesini ve tedaviyi etkilemesine izin vermemeye dikkat etmelidir (Alemdar ve Aktas, 2014). Hemşirelerin diğere sağlık personeline göre hastalarla daha fazla vakit geçirme ve ağrıyı azaltmadaki rolleri nedeniyle ağrıya yönelik olumsuz tutum ve önyargılardan uzak olmaları, ağrı yönetimi konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu bilgiyi tutum ve uygulamalara dönüştürmeleri önemlidir. Ağrının karmaşık ve çok boyutlu doğası hakkında titizlikle veri toplamak, hemşirelerin hastaların ağrısını daha iyi anlamalarını ve önyargılardan uzaklaşmalarını sağlayacaktır (Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020).

2.4. Ağrının Değerlendirilmesi ve Önemi

Ağrı, acı verici kişisel bir deneyimdir, bununla birlikte her bir deneyim benzersizdir. Bu deneyim sadece fiziksel bir his değil, aynı zamanda emosyonel bir durumdur ve yorgunluğa, sinirliliğe, depresyona veya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye neden olabilir (Swift 2015). Bu nedenle ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi, bir hasta hakkı ve hasta bakımında öncelikli bir parametredir (Demir Dikmen ve ark., 2012; Dijkstra ve ark., 2014; Erden, Akçalı, Bulut, Babacan, 2015). Hastaların yaşadıkları acıyı başarılı bir şekilde yönetmek, iyileşmeyi sağlamanın önemli bir bileşenidir (Swift 2015).

Etkili bir ağrı yönetimi sağlamak için etkili bir ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır (Erden, 2015; Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Yıldırım ve ark., 2015). Etkili ağrı değerlendirmesi hasta bakımının temelini oluşturmaktadır (Şapulu Alakan ve Ünal, 2017) ve ağrı yönetiminin ilk ve önemli bir basamağıdır (Erden, 2015). Ağrının değerlendirilmesi, ağrının şiddetinin, niteliğinin, süresinin, ağrıya yol açan patolojinin belirlenmesinde, gerekli tedavi yönteminin seçilmesinde, uygulanan tedavinin işe yarayıp yaramadığının belirlenmesinde, değişik tedavi yöntemlerinin etkinliğinin karşılaştırılmasında yardımcı olur (İnci, 2018; Swift, 2015). Bu nedenle ağrı değerlendirmesi sağlık ekibi üyelerinin bilgileri, davranışları, tutumları ve klinik karar verme becerileri ile yakından ilişkilidir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Demir Dikmen ve ark., 2012; Erden ve ark., 2015). Bu bağlamda hemşirelerin ağrıyı düzenli olarak değerlendirmesi, izlemesi, tedavi öncesi ve sonrası ağrıyı düzenli olarak değerlendirmesi ve kayıt altına alınması gerekmektedir (Erden, 2015; Şapulu Alakan ve Ünal, 2017).

Ağrı değerlendirmesinde, ağrının başlangıcı, nedeni, şiddeti, akut ya da kronik oluşu gibi tipi, ağrının yeri ve tipi, zaman içerisindeki değişimi, yayılımı, arttırıcı ve azaltıcı faktörler, ağrıya ilişkili fizyolojik ve davranışsal belirtiler sorgulanmalıdır (Erden, 2015; Swift, 2015). Ağrı istenmeyen bir durum olduğu için, ağrının ortaya çıkması ile birlikte homeostatik mekanizmalar devreye girer ve hasta istenmeyen bu durumdan kurtulmaya çalışır. Bu çabanın ilk adımı ise rahatsızlık veren bu durumun ifade edilmesidir (Şapulu Alakan ve Ünal, 2017). Bu nedenle ağrı değerlendirmesinin temeli önyargılardan uzak, objektif, doğru ve rutin ağrı değerlendirmesi yapmak (Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Yıldırım ve ark., 2015) ve ağrıyı deneyimleyen kişi olan hastanın bildirimine güvenmektir (Alcock, 2017; Demir Dikmen ve ark., 2012; Özveren ve ark., 2018).

Ağrı gibi acı verici durumlarda davranışsal tepkiler de görülmektedir. Ortaya çıkan davranışsal tepkiler arasında; korku, ağlama, inleme, kızgınlık, yüz buruşturma, gözleri sıkıca kapama, yumruk sıkma gibi davranışlar yer almaktadır. Ağrı değerlendirmesinde hastanın ifadeleri kadar motor tepkiler olarak ifade edilen bu davranışsal yanıtlara da dikkat edilmesi uygun bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Şapulu Alakan ve Ünal, 2017). Bununla birlikte, ağrının kan, basıncı, nabız gibi hemodinamik parametrelerde değişikliklere neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak ağrı değerlendirmesinde fizyolojik göstergelerin geçerliliği hala tartışılmaya devam etmektedir (Chen ve Chen, 2015; Ayasrah, 2016). Bu nedenle ağrı değerlendirmesinde sadece hastanın fizyolojik parametrelerine dikkat edilmesi ağrının yanlış değerlendirilmesine yol açabilecektir.

Ağrının değerlendirilmesi için hastanelerde tanılama formları ve sözlü ve sözsüz parametreler içeren ağrı ölçekleri kullanılmaktadır. Kullanılan bu ölçekler, kullanıldıkları kliniğe ve amaca göre değişmektedir (Karayurt ve Akyol, 2010). İnsan hayatını olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini bozan ağrı deneyiminin ortak bir dil kullanılarak ölçülebilmesi gerekmektedir (Zhou, Liu, Tan, Yu, Pratt ve Peng, 2015). Ancak ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle tüm dünyada kabul görmüş en güvenilir, tek bir değerlendirme ölçeği bulunmamaktadır. Bu nedenle günümüzde ağrı değerlendirmede çok çeşitli ölçek kullanılmaktadır (Eid, Manias, Bucknall ve Almazrooa, 2014).

Tek boyutlu bireysel ağrı değerlendirme yöntemleri

Tek boyutlu ağrı değerlendirme yöntemleri, doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, hastanın sübjektif değerlendirmesiyle gerçekleşir (Eid ve ark., 2014).

- a. Görsel ağrı ölçeği (GAÖ):** Klinikte ağrı şiddetinin ölçümünde sıklıkla kullanılan, basit, güvenilir ve kısa sürede uygulanan bir değerlendirme yöntemidir. GAÖ'da 10 cm/100 mm uzunluğunda yatay veya dikey cetvel kullanılır. Cetvelin sol ucunda hiç ağrı yok (0), diğer ucunda hayal edilebilecek en şiddetli ağrı ifadeleri vardır. Hastanın bu 10 cm/100mm'lik cetvel üzerinde o andaki ağrısının şiddetine göre bir noktayı işaretlemesi istenir (Zhou ve ark., 2015).
- b. Sözel Tarif Skalası (Verbal Rating Scale-VRS):** Ağrı şiddetini değerlendiren tek boyutlu bir ölçektir. Ağrı; şiddetli, orta, hafif ve yok şeklinde 4 grup halinde değerlendirilir (Uyar ve Köken, 2017).

- c. **Sayısal değerlendirme skalaları (Numerical Rating Scale-NRS):** Hastanın ağrısının sayılar ile açıklamasını amaçlayan tek boyutlu skalalardır. Skalalar ağrı yokluğu (0) ile başlayıp, dayanılmaz ağrı (10,100 vb.) düzeyine kadar varır (İnci, 2018; Uyar ve Köken, 2017).
- d. **Yüz ifadesi skalası (Facial Scale-FS):** Konuşma ve mental kapasite yetersizliği olan hastalarda ya da çocuklarda kullanıma uygundur. En sık kullanılan yüz ifadesi skalaları Quecher ve Mc Grath skalalarıdır (İnci, 2018; Uyar ve Köken, 2017).
- e. **Dermatomal ağrı çizimi:** Vücudun dermatomlara ayrılmış halini gösteren bir kart, hasta tarafından ağrının şiddetine göre aynı rengin farklı tonlarına boyanır. Hastanın boyadığı anatomik bölge sayısı, toplam ağrı puanlaması olarak hesaplanır (İnci, 2018; Uyar ve Köken, 2017).

Çok boyutlu bireysel ağrı değerlendirme yöntemleri

Çok boyutlu ölçekler ağrıyı birçok yönden ele alırlar. Ancak, ağrı değerlendirmesi daha uzun sürer ve birçoğunun anlaşılması güçtür (İnci, 2018; Uyar ve Köken, 2017).

- a. **McGill ağrı ölçeği:** Ağrının niteliğini saptamak amacıyla geliştirilen ölçek, dört bölümden oluşmaktadır. Testin ilk bölümünde ağrının nerede olduğu; ikinci bölümünde ağrının özelliği; üçüncü bölümünde ağrının zamanla ilişkisi; dördüncü bölümünde ise ağrının şiddetini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır (İnci, 2018; Uyar ve Köken, 2017)..
- b. **Tanımlayıcı diferansiyel skala:** Ölçek, ağrının şiddetini ve hoş gitmeyen özelliklerini tanımlayan 12 kelimedenden oluşmaktadır. Hastanın ağrısının şiddeti skalada belirtilen kelime kadarsa kelimenin altına, daha az ise kelimenin soluna, daha fazla ise kelimenin sağına işaret koyması istenir (Woldehaimanot, Saketa, Mulatu, Zeleke ve Woldeyohanes, 2014).
- c. **Lanss ağrı anketi:** Hastaya yatak başı uygulanabilecek, kısa süreli, anket verilerinin analizine dayanan çok boyutlu bir ölçektir. Özellikle nöropatik ağrı ile nosiseptif ağrının ayrımını yapmakta oldukça faydalıdır (Alaloul, William, Meyers, Jones, Logsdon, 2015).
- d. **Dartmouth ağrı anketi:** McGill Ağrı Ölçeği' ne genel duygusal ölçü, ağrının sıklığı, şiddeti ve neden olduğu davranışların eklenmesi sonucu geliştirilmiştir (Alaloul ve ark., 2015).

- e. **Kısa ağrı envanteri:** Hastaların, özellikle son 24 saatleri baz alınarak, ağrı varlığı, yerleşimi, şiddeti, şiddetin değişimi, tedavileri, bu tedaviye yanıtları, sosyal-emosyonel yönden etkilenimi ve ağrının günlük fonksiyonlar üzerine etkisi belirlenir (Alaloul ve ark., 2015).

Objektif kriterli ağrı değerlendirme yöntemleri

Sözlü olarak yapılan ağrı değerlendirmelerine olan güvensizlik nedeni ile geliştirilen objektif değerlendirme yöntemleri; daha inanılır sonuçlar verir. Ağrı ile ilgili özellikler veya değişiklikler bir gözlemci tarafından değerlendirilir ya da ölçülür (Wang ve ark., 2016).

- a. **Davranışsal değerlendirmeler:** Ağrı nedeni ile ortaya çıkan klasikleşmiş davranışlar değerlendirilir. Ağrılı bireyler, sesleri, yüz ifadeleri, vücut postürleri ve hareketleri ile rahatsızlıklarını belirtirler (Germossa, Sjetne ve Hellesø, 2018).
- b. **Fizyolojik belirtiler:** Genellikle ağrının göstergesi olabilecek çeşitli fizyolojik değişikliklerin yorumlanmasına dayanır. (Mędrzycka-Dąbrowska, Dąbrowski, Basiński ve Pilch, 2016).

2.4.1. Travma Hastalarında Ağrı Değerlendirmesinin Önemi

Basit bir doku yaralanmasından ciddi bir organ yaralanmasına kadar değişen travmalar, kişinin duyduğu ağrı şiddetini de etkilemektedir. Bu nedenle travmalı hastalarda ağrı kontrolü ve değerlendirilmesi daha da önemli hale gelmektedir. Ancak dışardan gelen zedeleyici faktörlerin neden olduğu doku hasarına bağlı oluşan travmada, patolojinin ön planda oluşu, ağrı ve tedavisinin ikinci planda kalmasına neden olabilmektedir (Yang ve ark., 2020). Ayrıca travmalı hastalarda travmanın etkisi ile ajitasyon ve ağrıyı algılama bozukluk görülebilmekte, bu durum travmalı hastalarda ağrı değerlendirmesini güçleştirmektedir. (Tel, 2010). Bu durum, kişinin yaşam kalitesini düşürmekte, günlük yaşama aktivitelerini gerçekleştirmeye engel olmakta ve kişinin sağlığına zarar verecek sonuçlar doğurabilmektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Tel, 2010).

Travmada doku hasarına bağlı olarak nosiseptörler aşırı duyarlı hale gelir ve zayıf, önceden zararlı olmayan uyarılar nosiseptörleri aktive ederek ağrı oluştururlar (Borys ve ark., 2018). Oluşan ağrı sempatik aktivitede artışa neden olur, devamında endokrin ve metabolik yanıt devreye girer. Buna bağlı olarak kalp hızında artma, tansiyon yükselmesi,

sodyum ve su retansiyonu, kan şekerinde artış ortaya çıkar. Travma ağrısı, göğüs duvarı hareketinde azalma ve refleks diyafragmatik disfonksiyon nedeni ile hipoventilasyon, atelektazi, hipoksemi ve ventilasyon-perfüzyon bozukluğuna neden olur (Yang ve ark., 2020). Fonksiyonel rezidüel kapasite ve vital kapasitenin azalması, ağrı nedeniyle öksürmenin zor olması sekresyonların birikmesine, atelektazide artmaya ve buna bağlı pnömoninin gelişmesine yol açabilir (Kocataş, 2016; Uyar ve Köken, 2017). Bu nedenle travmalı hastada ağrı değerlendirilmesi yapılırken kişiyi etkileyen tüm faktörler göz önüne alınmalıdır.

Travmalı hastada ağrı değerlendirmesi oldukça önemlidir. Etkili bir ağrı değerlendirmesi ve yönetimi travma hastasında sadece konforu arttırmaz aynı zamanda morbiditeyi azaltır ve uzun vadede hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlar (Wooldridge ve Branney, 2020). Bu nedenle travmalı bir hastanın, ağrı değerlendirilmesinin doğru ve dikkatli bir şekilde yapılması oldukça önemlidir. İyi yapılacak değerlendirme, hastadaki hasarların erken dönemde tanınmasına ve ağrının uygun yöntemlerle kontrol altına alınmasında sağlık personeline yardımcı olacaktır. Özellikle bilinci yerinde olmayan ve ağrısını ifade edemeyecek durumda olan hastaların değerlendirilmesinde dikkatli olunmalıdır. Hastayla iletişimde dikkatli olunmalı, hastalarda travma nedeni ile anksiyete ve ajitasyon olabileceği unutulmamalı, böyle hastalarda iyi bir gözlem yapılmalıdır. Hastanın davranışları, hareketleri, sesi, yüz ifadesi, yatış şekli, tepkileri dikkatle gözlenmelidir. (Aygin ve Var, 2012)

Tedavi edilmeyen ciddi ağrı, sinir sisteminde anatomik ve fizyolojik değişikliklere yol açabilir. Nöroplastisite olarak bilinen, tekrarlayan uyarılara yanıt olarak sinir dokusunun değişebilme özelliği, tedavi edilmeyen akut ağrının kronik ağrıya dönüşmesine neden olabilir (Düzel, Aytaç ve Öztunç, 2013). Travmalı hastada ağrı genellikle visseral ya da somatik kaynaklı nosiseptif ağrı şeklinde olmaktadır. Ancak sinir sistemindeki olası hasar sonucunda nöropatik ağrı da oluşabilmektedir (Aygin ve Var, 2012; Eid ve ark., 2014). Bu nedenle hastanın yaşına, fizyolojik durumuna, travmanın olduğu bölgeye, şiddetine ve türüne bağlı olarak en etkili analjezik yöntem hızla belirlenmeli ve uygulanmalıdır (Aygin ve Var, 2012; Borys ve ark., 2018). Travma nedeni ile hastanın ağrıya toleransı azalabilir. Bu nedenle hasta emosyonel yönden desteklenmelidir (Aygin ve Var, 2012).

Travma ağrısında bu faktörlerin dışında, kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarı gibi patolojilere yönelik girişimlerin ön planda oluşu, ağrının göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Travmaya bağlı patolojiler nedeni ile oluşabilen hemodinamik bozuklukların

analjezik ajanların etkisi ile derinleşebileceği ve analjezik ajanların solunum depresyonu ya da bağımlılık gibi korkutucu yan etkilerinin olması ve altta yatan henüz tanı konmamış cerrahi bir durumun klinik bulgularının baskılanabilecek olması ağrıya müdahaleyi güçleştirmektedir. Bu nedenle bunlara karşı dikkatli olunmalıdır (Aygin ve Var, 2012).

2.4.2. Travma Hastalarının Ağrı Değerlendirmesinde Hemşirenin Rolü

Ağrının yönetilmesi ve bireylerin rahatlatılması hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçasıdır (Demir Dikmen ve ark., 2012; Erden ve ark., 2015). Hastanın konforunu iyileştirmede ve ağrıyı gidermede hemşirelerin primer rolleri vardır (Alemdar ve Aktaş, 2014). Hemşireler, günde 24 saat doğrudan hasta bakımı sağladıkları için hastalardaki ağrı ve rahatsızlığın ana gözlemcisidir. Bu nedenle optimum ağrı değerlendirmesi ve yönetimini bilmelidir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Dequeker, Van Lancker ve Van Hecke, 2018).

Hemşireler, doğumdan ölüme kadar, yaşam boyu ağrı ile yaşayan insanların bakımında kritik bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin hastalara sunduğu bakımın kalitesini doğrudan etkileyen ağrı yönetimi her ne kadar multidisipliner olsa da, ağrının değerlendirilmesi, takibi ve yönetiminde hemşireler çok önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hastalarla daha fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleridir (Woldehaimanot ve ark., 2014). Bu nedenle, hastalarının ağrısının kontrol altına alınmasında ve acıların hafifletilmesinde kritik, aktif ve çok önemli bir rol oynarlar (Woldehaimanot ve ark., 2014; Yıldırım ve ark., 2015). Etkili ağrı yönetimi, hemşirelik bakım kalitesinin temelini oluşturur (Germossa ve ark., 2018).

Ağrı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapmasını engelleyen ve ortadan kaldırılmadığı zaman, bireyin aile ilişkilerinde rol kaybı veya rol değişimi yaşamasına, iş yaşamında üretkenlik, özgüven kaybına, irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, bedeniyle aşırı uğraşma, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi belirtilere neden olup, hastayı izole olmaya, yardımı geri çevirmeye pasifleşmeye ya da agresif olmaya ve bireyin benlik saygısını olumsuz yönde etkileyerek emosyonel değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle ağrı yönetiminde hemşire bunları göz önünde bulundurarak öncelikle ağrıyı değerlendirilmeli ve yapılan değerlendirilmede ağrının çok boyutlu, karmaşık ve bireysel olduğunu unutmamalıdır (Abdalrahim, Majali, Stomberg ve Bergbom, 2011). Hemşire, her insan için ağrının anlamı, deneyimi ve ifadesinin farklı olduğu ve bunları etkileyen psikososyal, ekonomik ve kültürel faktörler bulunduğunu dikkate alarak ağrı değerlendirmesinde, takibinde, yorumlamasında ve

semptom kontrolünde sistematik ve öngörülü bir yaklaşım kullanmalıdır. Bu yaklaşım, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır (Bartoszczyk ve Gilbertson-White, 2015).

Hasta haklarından biri olan ağrı tedavisinde hemşire, hastalarla bire bir iletişimde olmalı, hastanın geçmiş ağrı deneyimlerini ve baş etme yollarını, hastanın ağrı yönetimine yönelik tutumlarını, bilgi düzeylerini, davranış şekillerini öğrenmelidir (Alqahtani ve Jones, 2015; Bartoszczyk ve Gilbertson-White, 2015). Bu süreçte hemşireler etkili bir ağrı kontrolü için, her şeyden önce hastaya inanmalıdır. Ayrıca sorunun kökenini belirlemeye çalışmalı, bakımı planlamalı, ilaç uygulamalı, ilaç uygulamasında hastanın ağrı şiddetine dikkat ederek ağrısı artmadan uygulamaya özen göstermeli, ilaç uygulama öncesi ve sonrası ağrıyı değerlendirmeli, ilaç uygulamasının etkinliğini değerlendirmeli ve tedaviyi kişiselleştirmelidir. Tüm bunların yanında, hastayı eğitmek, savunmak, rahatlatmak, desteklemek ve hastaya danışmanlık vermek gibi hemşirelik müdahalelerini de yerine getirmelidir (Alqahtani ve Jones, 2015; Bartoszczyk ve Gilbertson-White, 2015).

Hemşire, tedaviyi bireyselleştirmek için hem farmakolojik hem de non-farmakolojik tedavi yöntemlerini kullanmalı, ağrı tedavisinde kullanılan tüm ilaçları, bu ilaçların ağrıyı nasıl hafiflettiğini ve yan etkilerinin neler olduğunu bilmelidir. Analjezik uyguladıktan sonra ağrıyı değerlendirmeli, ağrı tedavisinde WHO yönergelerini kullanmalı ve doğru ilaç uygulama ilkelerine dikkat etmelidir (Alqahtani ve Jones, 2015; Bartoszczyk ve Gilbertson-White, 2015). Ayrıca, hastalara fizyoterapi, TENS /akupunktur, mesleki terapi, manevi destek, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatrist önerebilmelidir (Alqahtani ve Jones, 2015). Hemşire, her hastanın benzersiz ve her hastanın ağrısının farklı olduğunu unutmamalı, hem acıyı hem de diğer semptomları hafifletmeli ve hastanın iyi uyuduğundan emin olmalı, hastayla empati kurmalıdır (Wengström ve ark., 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir devlet hastanesinin Cerrahi Kliniği'nde Ekim 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanenin Cerrahi Kliniği 28 yatak kapasitesine sahip karma bir klinik olup, tüm cerrahi uygulanan hastalar bu klinikte yatırılmakta ve takip edilmektedir. Cerrahi Kliniğinde 13 hemşire görev yapmakta ve hemşirelik hizmetleri 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya halinde yürütülmektedir.

Hastaneye günlük 300 travma hastası gelmekte, bunların büyük bir çoğunluğunu ortopedik travma hastası ve fraktürler oluşturmaktadır. Günlük travma ameliyat sayısı 5-10 arasında değişmektedir. Yapılan ameliyatlarda; fraktürler, plak ya da eksterna lfiksator, ilizarov vb. cerrahiler, kalça ve diz protezleri yer almaktadır. Hastanenin rutin travma prosedürü uygulamasında, travma nedeni ile ameliyat uygulanacak hastalar Cerrahi Kliniğine yatırılmaktadır. Cerrahi işlemi biten ve kliniğe kabul edilen hastaların günde 3 defa (sabah, öğle ve akşam) ve ağrı bildiriminde olduğunda Görsel Kıyaslama Ölçeği ile ağrı takibi yapılmaktadır. Ağrı değerlendirmesi hasta istirahat halindeyken yapılmakta, ağrı bildiriminde olduğunda mobilizasyon gibi hasta hareketliliği ya da pansuman gibi ağrılı işlem olduğunda da ağrı değerlendirmesi tekrarlanmaktadır. Ağrı tedavisinde analjezik ilaç olarak parasetamol, dicloron, tradolex, aldolan kullanılmaktadır. Analjezik uygulama dışında hastaların ağrı puanları belirlenip; buz, elevasyon gibi yöntemlerle ağrı kontrolüne destek sağlanmaktadır.

Klinikte durumuna göre ortalama 3-4 gün takip edilen, genel durumu iyi olan ve tedavisi tamamlanan hasta, hemşire ve hekim tarafından kullanması gereken ilaçlar, pansuman ve kontrol tarihi ve diyet gibi konularda sözel ve yazılı olarak bilgilendirildikten sonra evine taburcu edilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar rutin olarak ameliyatı yapan doktor tarafından bir hafta sonra kontrole çağırılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin Cerrahi Kliniğine travma nedeni ile gelen hastalar ve hastanede çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G-Power programında RandomAllocation Software (RandomAlloc, Ver. 1.0.0, M.Saghaei, dept of Anesthesia, Isfahan University, Iran) yazılımı kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan power analizinde, her bir hasta ve hemşire değerlendirmesi için %95 güven aralığı %80 power için interclass korelasyonun 0.9 üzerinde olacağı, 0.7'den küçük korelasyon çıkması durumunda uyum olmadığı yönünde değerlendirme yapılacağı ön kabulleri ile 150 hasta ile değerlendirme yapılması gerektiği saptanmıştır. Araştırmada hemşireler için örneklem hesabı yapılmamış, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan Cerrahi Kliniği'nde çalışan tüm hemşireler (n=13) araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında oluşturulan formda bir değişikliğe gidilmediği için ön uygulama yapılan hastalar ve hemşireler de örnekleme dahil edilmiştir.

3.3.1. Katılımcıların özellikleri

Hastalar ve hemşireler, araştırmaya dahil olma ve araştırma dışında bırakılma kriterleri göz önünde bulundurularak araştırmaya dahil edilmiştir.

Hastalar için araştırmaya dahil olma kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Travma geçirmiş olmak,
- İletişime açık olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Travma sonrası en az 24 saat hastanede yatmak,

Hemşireler için araştırmaya dahil olma kriterleri

- 18 yaş ve üstü olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Cerrahi Klinik hemşiresi olarak çalışmak,

Hastalar için araştırma dışında bırakılma kriterleri

- Hastaneye geldiğinde kronik ağrıya bağlı tedavi kullanıyor olmak,
- Konuşma ve anlama ile ilgili fiziksel ve zihinsel bir hastalığı olmak,
- İletişimi engelleyecek sedasyon uygulanmak,
- Mekanik ventilatör gibi ağrı değerlendirmesini etkileyebilecek veya ortadan kaldıracak uygulama yapılmak,
- Bilinci kapalı hasta olmak,
- Acil cerrahi girişim uygulanan hasta olmak,
- Araştırma sürecinde araştırmadan çekilmeyi istemek.

Hemşireler için araştırma dışında bırakılma kriterleri

- Araştırma sürecinde araştırmadan çekilmeyi istemek.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır:

- Tanıtıcı Bilgiler Formu
- Ağrı İnançları Ölçeği
- Ağrı Özellikleri Formu

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Bu form hastalar ve hemşireler için ayrı ayrı oluşturulmuştur. Hemşireler için oluşturulan formda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslekteki çalışma süresini içeren 5 soru yer almaktadır. Hastalar için oluşturulan form da ise, yaş, cinsiyet, boy/ kilo, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumunu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 soru ile, tanı, kronik hastalık mevcudiyeti, normal yaşantıda çok sık ağrı deneyimleme gibi sağlık öyküsünü sorgulayan 4 soru olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Bkz. Ek 1) (Erciyas, 2019; Kocataş, 2016; Özveren ve ark., 2018; Prastika ve ark., 2018; Yıldırım ve ark., 2015).

3.4.2. Ağrı İnançları Ölçeği

Ağrının nedeni, tedavisi ile ilgili var olan inanç ve tutumları değerlendirmek için 1992 yılında Edwards's ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Berk ve Bahadır tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin 8 maddeden oluşan Organik İnançlar alt testi ve 4 maddeden oluşan Psikolojik İnançlar alt testi bulunmaktadır. Organik İnançlar: 1,2,3,5,7,8,10,11. maddelerden; Psikolojik İnançlar: 4,6,9,12. maddelerden oluşmaktadır. Ölçek 6'lı likert tipte olup, hastalardan 1 "hiçbir zaman" ile 6 "her zaman" arasında değişen seçenekten kendileri için en uygun olan seçeneği işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişir. Ölçeğin maksimum ve minimum değerleri ile ölçeğin kategorik anlamlılık ifadeleri bulunmamaktadır. Her alt test için toplam puan, o alt testteki maddelerden alınan puanların toplanıp, o alt teste ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri Organik İnançlar alt testi için 0.71 ve Psikolojik İnançlar alt testi için de 0.73'dür (Sertel Berk, 2006) (Bkz Ek 2).

3.4.3. Ağrı Takip Formu

Hastaların ve hemşirelerin belirttiği ağrı şiddetini takip etmek için oluşturulan bu formda, ağrı değerlendirmesi için Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılmıştır. Oluşturulan bu form ile sabah, öğle ve akşam olmak üzere günde 3 defa hasta istirahat halindeyken ve analjezik ilaç uygulaması yapılmadan 15 dakika önce değerlendirilen ağrı şiddeti puanı kaydedilmiş ve takip edilmiştir. Form, hasta ve hemşirelerin ağrı değerlendirmesinin ayrı ayrı yazılması ve değerlendirmelerde etkileşimin olmaması için hasta ve hemşireler için ayrı ayrı oluşturulmuştur.

Görsel Kıyaslama Ölçeği: Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu ölçek, hastanın ağrısının sayılar ile açıklanmasını amaçlar. Bu ölçme aracı, yatay veya dikey olarak kullanılabilir. Bir ucunda 0 (en az), diğer ucunda 100 (en çok) yazan, 100 mm uzunluğunda bir çizgiden oluşmaktadır. Hastalardan bu 100 mm'lik çizgi üzerinde hissettikleri ağrı yoğunluğuna karşılık gelen yeri işaretlemeleri istenir. Cetvel ile başlangıç noktasıyla (0: en az) işaretlenen noktanın arası ölçülerek, hastaların hissettikleri ağrı şiddetine ilişkin mm cinsinden puanları elde edilmektedir (Veresciagina, Ambrozaitis ve Wpakauskas, 2009). Ölçekten alınan yüksek puanlar ağrı şiddetinin yüksek olduğunu göstermekte (Hawker, Mian, Kendzerska ve French, 2011), 10-40 puan hafif ağrı, 50-60 puan orta, 70-100 puan şiddetli ağrı olarak yorumlanmaktadır (Giusti, Reitano ve Gili, 2018; Yıldırım ve ark., 2015) (Bkz Ek 4).

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak olan formların anlaşılabilirliğini değerlendirebilmek için araştırmanın yapıldığı Cerrahi Kliniği'nde 1-10 Eylül 2018 tarihleri arasında 10 hasta ve 3 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamış, bu nedenle 10 hasta ve 3 hemşire araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından Cerrahi Kliniği'nde travma nedeni ile takibi ve yatışı yapılan hastalar ve hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada verilerin toplanması hasta ve hemşireler olarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

3.6.1. Hastalar için verilerin toplanması

Araştırmanın dahil olma kriterlerine uyan hastalar ile hastaneye geldiklerinde görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Bu aşamada ilk ağrı değerlendirmesi yapılmış, "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ile sosyo-demografik özellikleri ve sağlık öyküsü belirlenmiştir. Hastanın hastanede kaldığı süre boyunca sabah, öğle ve akşam düzenli olarak Görsel Kıyaslama Ölçeği üzerinden ağrı şiddeti değerlendirilmesi yapılmıştır. Ağrı değerlendirmeleri hasta dinlenme halindeyken, günde 3 defa, tedavi planındaki analjezik uygulanmadan 15 dakika önce yapılmıştır. Hastaların ağrı değerlendirmesine, hasta hastaneden taburcu oluncaya kadar devam edilmiş, hastalar hastaneden taburcu edildiğinde o hastanın değerlendirmesi tamamlanmış olarak kabul edilmiştir. Hastaların ağrı şiddetini puanlaması sırasında hemşirenin hastadan etkilenmemesi için hastayı değerlendiren hemşirenin hasta odasından ayrılması beklenmiş, hastaya bu konuda bilgi verilmiştir. Hemşire odadan ayrıldıktan sonra hastanın belirttiği ağrı şiddeti araştırmacı tarafından forma işlenmiştir.

3.6.2. Hemşireler için verilerin toplanması

Araştırmanın başlangıcında araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hemşireler ile görüşülerek "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "Ağrı İnanışları Ölçeği" doldurulmuştur. Hastanın ağrı değerlendirmesi yapıldıktan sonra, hastayı değerlendiren hemşireye "hastanın ağrı ifadeleri ve davranışlarına göre sizce kaç şiddetinde ağrısı var" sorusu yöneltilerek hemşirenin algıladığı ve puanladığı ağrı şiddeti belirlenmiş ve kayıt

edilmiştir. Ağrı şiddeti değerlendirmesi hasta ve hemşireler için aynı anda ancak birbirinden bağımsız ve ayrı odalarda sorumlu araştırmacı tarafından kayıt edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmaya başlamadan önce Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar no: 180142-118, Tarih:23.07.2018) (Bkz Ek 5) ve Şanlıurfa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Sayı no: 97910496-044-E.28978, Tarih:22.10.2018) (Bkz Ek 6). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ve hemşireler ile görüşülerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz Ek 7). Verilerin toplanmasında kullanılacak olan "Ağrı İnançları Ölçeği" nin Türkçe geçerlik-güvenirligini yapan Doç.Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'ten ölçek kullanım izni alınmıştır (Bkz Ek 3).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizinde IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp. paket programı kullanılmıştır. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde, tüm hastalar beş gün hastanede yattığı için değerlendirmeler beş gün üstünden yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Demografik parametrelerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem-t testi, çoklu karşılaştırmalarda Tek Yönlü Varyans Analizi (oneway ANOVA), Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (ANOVA), Paired Sample t test, korelasyonlar için Pearson Korelasyon katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Hasta ve hemşireler arasında ağrı şiddetinin uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (SİKK) ile değerlendirilmiştir. ICC \leq 0.20 zayıf uyum, 0.21-0.40 hafif derecede uyum, 0.41-0.60 orta derecede uyum, 0.61- 0.80 önemli derecede uyum ve \geq 0.81 mükemmel uyum olarak yorumlanmıştır (Dequeker ve ark., 2018; Landis ve Koch, 1977). İstatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde hastaların travma sonrası ölçülen ağrı şiddeti bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Sosyo-demografik özellikler (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb), sağlık öyküsü ve Ağrı İnançları Ölçek puanı bulguları bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir Devlet Hastanesinin Cerrahi Kliniği'nde travma nedeni ile hastaneye yatırılan hastalar ve bu klinikte çalışan hemşireler ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu hasta ve hemşireleri temsil etmektedir. Araştırmanın diğer bir kısıtlılığı, ağrı değerlendirmesinin sadece hasta dinlenme halindeyken yapılması, girişim, mobilizasyon ya da pozisyon verme gibi uygulamalar sırasında ağrının değerlendirilmemesidir. Ayrıca kronik hastalık, daha önce ağrı deneyimleme, ağrıya ilişkin tutumlar ve ağrı değerlendirmesinin hastaların ve hemşirelerin öz bildirimlerine dayalı olarak elde edilmesi de araştırmanın kısıtlılığı içinde yer almaktadır.



4. BULGULAR

Hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amacıyla 150 hasta ve 13 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler, bulgular ve tablolar halinde aşağıda gösterilen sıra ile verilmiştir.

- 4.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular,
- 4.2. Ağrı puanına ilişkin bulgular,
- 4.3. Ağrı İnanışları Ölçeğine ilişkin bulgular,



4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=13)

		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max</i>
Yaş (yıl)		27.69±2.78	25-36
Meslekte çalışma süresi (yıl)		2.03±1.41	1-6
		n	%
Cinsiyet	Erkek	4	30.77
	Kadın	9	69.23
Medeni Durum	Evli	10	76.92
	Bekar	3	23.08
Eğitim Durumu	Lisans	11	84.61
	Lisansüstü	2	15.38

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Tablo 4.1.1’de hemşirelere ait tanıtıcı özellikler gösterilmektedir. Hemşirelerin sosyo-demografik verileri incelendiğinde; yaş ortalaması 27.69±2.78, meslekte çalışma süresi ortalaması 2.03±1.41 yıl olarak belirlenmiştir. Araştırmada yer alan hemşirelerin %30.77’sinin erkek, %69.23’ünün kadın olduğu, %76.92’sinin evli, %84.61’inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

		Ort±SS	Min-Max
Yaş		34.84±13.95	18-77
BKI (kg/cm²)		29.41±9.14	19-32
		n	%
Yaş	18-30	74	49.34
	31-40	31	20.66
	41-50	20	13.34
	51-60	14	9.33
	61 ve üzeri	11	7.33
Cinsiyet	Erkek	82	54.67
	Kadın	68	45.33
Medeni Durum	Evli	74	49.33
	Bekar	76	50.67
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	39	26.00
	Okuryazar	43	28.67
	İlköğretim	41	27.33
	Lise	26	17.33
	Lisans ve üstü	1	0.67

BKI: Beden Kütle İndeksi Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Min: Minimum Max: Maksimum

Tablo 4.1.2’de hastalara ait tanıtıcı özellikler gösterilmektedir. Hastaların verileri incelendiğinde; yaş ortalamasının 34.84±13.95 olduğu, %49.34’ünün 18-30 yaş aralığında olduğu, %54.67’sinin erkek, %50.67’sinin bekar, %28.67’sinin sadece okur yazar, %27.33’ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların BKİ ortalamasının 29.41±9.14 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Hastaların Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

	n	%
Kronik hastalık		
Var	16	10.67
Yok	134	89.33
Tanı		
Ayak-ayak bileği fraktürü	19	12.67
El-el bileği fraktürü	17	11.33
Diz fraktürü	10	6.67
Dirsek fraktürü	2	1.33
Bacak fraktürü	29	19.33
Kol fraktürü	56	37.33
Omuz fraktürü	13	8.67
Pelvis fraktürü	4	
Normal yaşantıda çok sık ağrı deneyimleme durumu		
Evet	3	2.00
Hayır	147	98.00

Tablo 4.1.3' te hastaların sağlık öyküsüne ilişkin özellikleri gösterilmiştir. Buna göre, hastaların %89.33'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada yer alan hastaların hepsinin ortopedik travma ve fraktür nedeni ile hastaneye başvurduğu, %37.33'ünün kol fraktürü, %19.33'ünün bacak fraktürü ve %12.67'sinin ayak-ayak bileği fraktürünün bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların normal yaşantıda çok sık ağrı deneyimleme durumu incelendiğinde; sadece %2.0'sinin normal yaşantısında çok sık ağrı deneyimlediği, %98.0'inin ise normal yaşantısında çok sık ağrı deneyimlemediği belirlenmiştir.

4.2. Ağrı Puanına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hasta ve Hemşirelerin Ağrı Puanı Ortalamalarının İncelenmesi

		Sabah Ort±SS	Öğle Ort±SS	Akşam Ort±SS
1. Gün	Hasta (n=150)	48.84±16.29	45.23±15.23	50.81±14.47
	F/p*	6.488/0.012		
	Hemşire (n=13)	45.09±13.98	44.42±13.46	46.63±12.43
	F/p*	4.463/0.034		
2. Gün	Hasta (n=150)	44.65±11.15	41.51±11.98	46.07±12.92
	F/p*	91.362/0.000***		
	Hemşire (n=13)	41.40±10.98	38.95±12.37	43.02±13.28
	F/p*	22.908/0.000***		
3. Gün	Hasta (n=145)	37.38±9.61	34.00±10.45	39.50±11.46
	F/p*	208.018/0.000***		
	Hemşire (n=13)	32.88±10.06	30.38±10.88	34.50±11.16
	F/p*	95.234/0.000***		
4. Gün	Hasta (n=121)	33.27±9.27	30.38±8.94	29.04±10.30
	F/p*	70.376/0.000***		
	Hemşire (n=13)	30.58±10.23	28.27±10.39	26.73±11.40
	F/p*	26.372/0.000***		
5. Gün	Hasta (n=100)	29.71±11.12	27.94±10.16	24.71±9.76
	F/p*	68.835/0.000***		
	Hemşire (n=13)	24.12±11.21	22.94±10.01	20.83±7.36
	F/p*	14.891/0.000***		

* Tekrarlı Ölçümlerde Varyans analizi (ANOVA) *** $p < 0.01$ Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Tablo 4.2.1’de hastaların ve hemşirelerin ağrı puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların ve hemşirelerin 1. gün, 2. gün ve 3. gün sabah, öğle ve akşam bildirdikleri ağrı şiddeti puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Hastalarda ve hemşirelerde akşam bildirilen ağrı şiddeti puanı ortalamalarının sabah ve öğle ağrı şiddeti puanı göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Dördüncü ve 5. gün değerlendirmelerinde; hastaların ve hemşirelerin sabah, öğle ve akşam bildirdikleri ağrı şiddeti puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Hastalarda ve hemşirelerde sabah bildirilen ağrı şiddeti puanı ortalamalarının öğle ve akşam ağrı şiddeti puanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

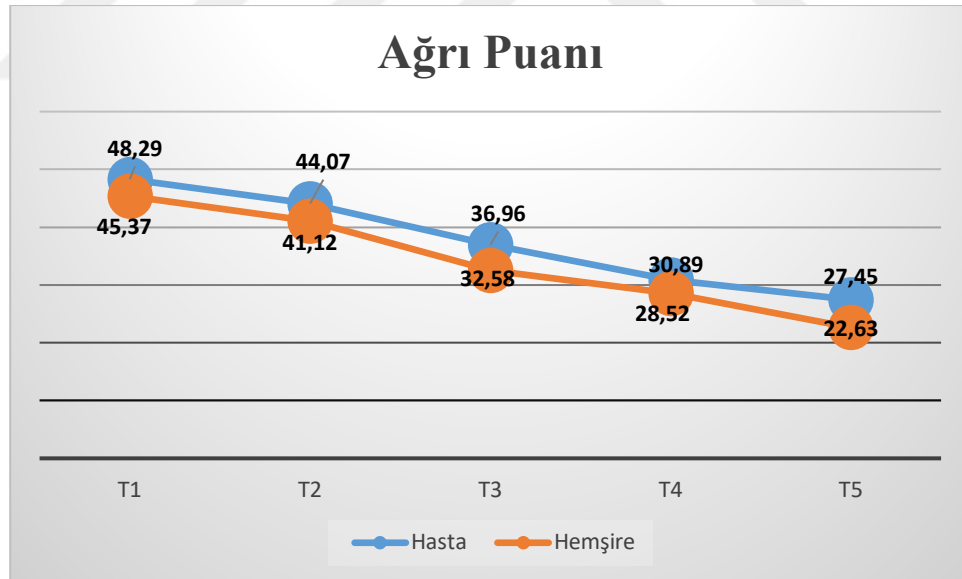
Tablo 4.2.2. Hemşirelerin ve Hastaların Ağrı Puanı Ortalamalarının Zamanlara Göre İncelenmesi

	Sabah Ort±SS	Öğle Ort±SS	Akşam Ort±SS	Fark
Hemşire Ort±SS	48.06±12.18	47.20±9.47	46.03±11.71	
F*/p	11.243/0.000***			T _{sab} >t _{öğlen} >t _{akşam}
Hasta Ort±SS	47.89±14.64	45.54±13.57	41.21±11.12	
F*/p	97.213/0.000***			

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma * F: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (ANOVA) ***p<0.001

Tablo 4.2.2’de araştırmada yer alan hemşirelerin ve hastaların sabah, öğle ve akşam ağrı şiddeti puanlarının ortalaması yer almaktadır. Buna göre; hemşirelerin ve hastaların sabah ölçülen ağrı şiddeti puanı ortalamalarının, öğlen ve akşam ölçümlerinden anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Şekil 4.2.1. Ağrı Puanlarının Zamansal Değişimi



Şekil 4.2.1’de hastaların ve hemşirelerin ağrı şiddeti puanı ortalamalarının zamansal değişimleri incelendiğinde; hem hastalarda hem de hemşirelerde en şiddetli ağrı şiddeti puanı bildiriminin 1. günde olduğu, ağrı şiddeti puan ortalamalarının 1. günden itibaren anlamlı olarak düştüğü görülmüştür.

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ağrı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sabah Ağrı Puanı Ort±SS	Öğlen Ağrı Puanı Ort±SS	Akşam Ağrı Puanı Ort±SS	F/p
Yaş	20-25	47.36±11.65	45.21±12.58	46.98±11.45	1.959/0.610
	26-30	51.24±10.47	48.76±13.65	50.05±11.96	
	31 ve üzeri	46.11±12.37	44.38±11.27	45.29±10.74	
Cinsiyet	Erkek	50.30±11.76	47.13±11.54	47.86±9.65	1.602/0.173
	Kadın	49.06±12.18	44.70±11.87	46.39±9.47	
Medeni Durum	Evli	50.33±11.35	47.44±12.24	47.97±9.78	1.902/0.261
	Bekar	47.60±12.82	45.92±11.70	46.33±9.16	
Eğitim Durumu	Lise	51.23±15.45	47.56±13.55	50.18±13.60	5.301/0.001*
	Lisans ve üstü	50.98±15.47	46.28±14.46	48.63±15.66	
Meslekte çalışma süresi	0-3yıl	49.63±12.11	46.46±11.70	48.95±10.47	0.173/0.738
	4-6 yıl	48.70±11.68	45.74±12.77	46.99±9.76	

* F: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Tablo 4.2.3'te hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ağrı şiddeti puanı arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve meslekte çalışma süresi ile ağrı şiddeti puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrı şiddeti puanı ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin eğitim durumu ile ağrı şiddeti puanı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre lisans mezunu hemşirelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarının lisans üstü eğitime sahip hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.2.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ağrı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sabah	Öğlen	Akşam	F/p
		Ağrı Puanı	Ağrı Puanı	Ağrı Puanı	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	18-30	49.06±12.18	46.03±11.71	47.21±9.47	3.385/ 0.478
	31-40	52.36±12.65	47.85±11.54	49.86±9.65	
	41-50	51.69±11.74	46.31±12.77	48.39±9.47	
	51-60	48.23±12.54	44.72±12.44	47.97±9.78	
	61 ve üzeri	46.85±15.82	43.22±13.65	45.33±9.16	
Cinsiyet	Erkek	50.42±16.78	46.40±11.86	49.86±12.83	1.801/ 0.182
	Kadın	51.32±13.17	47.76±11.86	50.22±10.94	
Medeni Durum	Evli	50.12±14.66	47.70±13.69	51.83±11.72	1.295/ 0.258
	Bekar	49.23±13.37	45.26±15,71	50.40±12.37	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	49.51±16.98	45.62±14.79	51.46±12.61	3.672/ 0.001*
	Okuryazar	48.95±12.34	45.58±13.68	46.23±12.45	
	İlköğretim	46.46±13.42	44.71±12.00	45.98±11.19	
	Lise	45.21±11.47	43.87±14.52	44.73±13.54	
	Lisans ve üstü	46.61±19.56	42.80±17.38	50.63±15.47	

*F: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Tablo 4.2.4'te hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumu ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; tüm ağrı değerlendirmelerinde okuryazar olmayan hastaların bildirdiği ağrı şiddeti puanının yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre, okuryazar olmayan hastaların sabah, öğle ve akşam bildirdiği ağrı şiddeti puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde diğer eğitim düzeyine sahip hastalara göre daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.2.5. Hasta ve Hemşirelerin Ağrı Puanı Ortalamaları Arasındaki Uyumun İncelenmesi

		Sabah	SİKK/ p*	Öğle	SİKK/ p*	Akşam	SİKK/ p*
		<i>Ort±SS</i>		<i>Ort±SS</i>		<i>Ort±SS</i>	
1.Gün	Hasta	48.84±16.29	0.701/	45.23±15.23	0.708/	50.81±14.47	0.881/
	Hemşire	45.09±13.98	0.044	44.42±13.46	0.561	46.63±12.43	0.000
2.Gün	Hasta	44.65±11.15	0.826/	41.51±11.98	0.854/	46.07±12.92	0.934/
	Hemşire	41.40±10.98	0.000	38.95±12.37	0.000	43.02±13.28	0.170
3.Gün	Hasta	37.38±9.61	0.948/	34.00±10.45	0.951/	39.50±11.46	0.968/
	Hemşire	32.88±10.06	0.000	30.38±10.88	0.000	34.50±11.16	0.000
4.Gün	Hasta	33.27±9.27	0.871/	30.38±8.94	0.825/	29.04±10.30	0.936/
	Hemşire	30.58±10.23	0.000	28.27±10.39	0.000	26.73±11.40	0.000
5.Gün	Hasta	29.71±11.12	0.925/	27.94±10.16	0.845/	24.71±9.76	0.835/
	Hemşire	24.12±11.21	0.000	22.94±10.01	0.000	20.83±7.36	0.004

SİKK: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı * Paired Sample t test Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Tablo 4.2.5’de hasta ve hemşire ağrı şiddeti puanları arasındaki uyum gösterilmiştir. Buna göre 1. gün öğlen ve 2. gün akşam değerlendirmeleri dışındaki tüm hasta ve hemşire değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan değerlendirmede, hasta-hemşire ağrı puan bildiriminin önemli ve mükemmel derecelerde uyum gösterdiği, ancak hemşirelerin hastalara göre daha düşük ağrı şiddeti puanı bildirdiği tespit edilmiştir($p<0.05$).

4.3.Ağrı İnanışları Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=13)

	Ort±SS	Min-Max	Ölçek sınırları	p* /r	Cronbach alfa
Psikolojik İnançlar	2.40±0.33	1-5	1.00-6.00	0.001/0.356	0.760
Organik İnançlar	3.17±1.05	1-6	1.00-6.00		0.725

* PearsonKorelasyonOrt: Ortalama SS: Standart sapma Min: Minimum Max: Maksimum

Tablo 4.3.1’de hemşirelerin Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Buna göre; Organik İnançlar alt boyutu puan ortalaması ile Psikolojik İnançlar alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir($p<0.05$).

Ağrı İnançları Ölçeği’nin güvenilirliği değerlendirilmiş ve Cronbach alfa katsayısının Organik İnançlar alt boyutu için 0.725, Psikolojik İnançlar alt boyutu için 0.760 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ağrı İnançları Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		Psikolojik İnançlar		Organik İnançlar		İstatistiksel Analiz	P
		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Yaş		3.42±1.05	1-5	3.48±1.11	1-6	2.365	0.001***
	20-25	3.21±1.34	1-5	3.39±1.02	1-6		
	26-30	3.68±1.06	1-5	4.06±0.96	1-6	3.845**	0.001**
	31 ve üzeri	3.25±0.99	1-5	3.37±1.22	1-6		
Cinsiyet	Erkek	3.01±1.26	1-5	3.22±1.04	1-6	1.354*	0.003
	Kadın	3.43±1.07	1-5	3.59±1.14	1-6		
Medeni Durum	Evli	3.83±0.53	1-5	3.01±0.51	1-6	1.123*	0.397
	Bekar	2.57±1.26	1-6	3.22±1.06	1-6		
Eğitim Durumu	Lisans	2.41±1.21	1-5	3.28±0.99	1-6	2.147*	0.038
	Lisansüstü	2.25±1.25	1-4	1.87±0.83	1-3		
Meslekte çalışma süresi	0-3 yıl	2.58±0.47	1-6	3.33±1.21	1-6	1.332**	0.042
	4-6 yıl	2.64±0.83	1-4	2.89±1.47	1-4		

* t Bağımsız örneklem t testi ** F Tek Yönlü Varyans Analizi (OnewayANOVA)

*** Pearson korelasyon katsayısı Ort: Ortalama SS: Standart sapma Min: Minimum Max: Maksimum

Tablo 4.3.2’de hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve meslekte çalışma süresi ile Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, hemşirelerin yaş ortalaması arttıkça Organik İnançlar puan ortalamasının da arttığı, hem Organik İnançlar hem de Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere göre ve lisans mezunu hemşirelerde lisans üstü mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamasının meslekte çalışma süresi 4-6 yıl olan hemşirelerde, Organik İnançlar alt boyut puan ortalamasının ise meslekte çalışma süresi 0-3 yıl olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin medeni durumları ile Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3. Ağrı İnançları Ölçek Alt Boyutları ve Ağrı Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sabah Ağrı Puanı	Öğlen Ağrı Puanı	Akşam Ağrı Puanı	Organik inançlar	Psikolojik inançlar
Organik inançlar	R	0.412	-0.325	-0.178		
	P	0.714	0.651	0.012*		0.632
Psikolojik inançlar	R	-0.147	-0.085	0.116		0.002*
	P	0.741	0.247	0.884		

*r: Pearson korelasyon katsayısı Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Tablo 4.3.3’de Ağrı İnançları Ölçek alt boyutları ve ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan değerlendirmede ağrı şiddeti ile sadece Organik İnançlar alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre Organik İnanç alt boyut ortalaması artarken akşam ağrı şiddeti puanının azaldığı ($r: -0.178$, $p=0.012$), sabah ve öğlen ağrı şiddeti puanları ile bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Organik İnanç alt boyut puan ortalaması ile Psikolojik İnanç alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.003$). Buna göre, organik inanç ortalaması artarken psikolojik inanç boyut ortalaması da artış göstermiştir.

5. TARTIŞMA

Akut bir hastalık olarak kabul edilen travma, tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur (Akgün, 2017; Sarıyıldız, 2006). Travma, bireylerin yaşamını tehdit etmesi yanında, bireylerde yaşam kalitesini düşüren, iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen ağrı gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Sarıyıldız, 2006). Travma ile ilişkili ağrı, fiziksel sakatlığa, iş kaybına ve sağlık kurumlarına sık başvurmaya neden olmaktadır (Griffioen ve ark., 2017). Bu nedenle travma hastalarında ağrı yönetimi oldukça önemlidir (Akgün, 2017). Ağrının doğru değerlendirilmesi, ölüm riski oluşturabilecek hasarların erken tanınmasını sağlarken (Akgün, 2017), ağrı yönetiminde başarısız olunması hastalarda yara iyileşmesinde gecikme, kas fonksiyonlarının bozulması, anksiyete, depresyon gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Seipel, Fulton, McKinzie ve Parnell, 2012). Tüm bunların bilinmesine rağmen travma hastalarında oldukça önemli olan ağrı kontrolünde yetersiz kalındığı belirtilmekte, travma nedeni ile hastaların ağrısının göz ardı edildiği, hastanın ağrı yakınmasına inanılmadığı, hastaların ağrısının yeterince değerlendirilmediği ifade edilmektedir (Sarıyıldız, 2006)

Bu araştırmada, hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular aşağıda belirtilen bölümler halinde tartışılmıştır.

5.1. Ağrı puanına yönelik bulguların tartışması,

5.2. Ağrı İnanışları Ölçeğine yönelik bulguların tartışması,

5.1. Ağrı Puanına Yönelik Bulguların Tartışması

Travma durumunda geniş doku hasarına bağlı olarak büyük bir inflamatuvar yanıt oluşmakta ve akut bir ağrı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hastalarda hafif şiddetten çok şiddetliye ya da dayanılmaz şiddetliye kadar değişen derecelerde ağrı görülmektedir. Ağrı şiddeti travmanın başlangıcında fazla iken doku hasarının iyileşmeye başlaması ile birlikte giderek azalmakta, iyileşme süreci ile birlikte ortadan kaybolmaktadır (Akgün, 2017; Sarıyıldız, 2006). Ayrıca hastanın hastanede yattığı süre boyunca bireysel, emosyonel ve çevresel faktörlere bağlı olarak hissedilen ağrı şiddeti değişebilmekte, gün içi değerlendirmelerde bile farklılıklar ortaya çıkabilmektedir (Akgün, 2017; Bozimowski, 2012). Araştırmamızda hastaların orta şiddetli ağrısının olduğu, ilk gün en şiddetli ağrı şiddeti puanı bildirimi yapıldığı, ikinci günden itibaren zamanla ağrı şiddeti puanının azaldığı görülmüştür. Ayrıca hastaların ve hemşirelerin tüm ağrı değerlendirmelerinde bildirdikleri ağrı şiddeti puanlarının gün içinde değişiklik gösterdiği ve bu değişimin anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucumuz ile benzer şekilde Griffioen ve ark. nın (2017) alt ekstremitte travması olan hastalar ile Accardi-Ravid ve ark. nın (2018) ortopedik travmalı hastalar ile yaptıkları çalışmalarda, hastaların orta şiddette ağrı deneyimlediği ifade edilmektedir. Benzer şekilde Alavi ve ark. nın (2016) kas-iskelet sistemi travması olan hastalar ile Prastika ve ark. nın (2018) ortopedik travmalı hastalar ile yaptıkları çalışmalarda da hastaların orta şiddette ağrısının olduğu, en şiddetli ağrının ilk gün olduğu ve ağrı şiddetinin giderek azaldığı belirtilmektedir. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda da araştırma sonucumuz ile benzer şekilde hastaların bildirdiği ağrı şiddetinin ilk değerlendirmeden sonra azaldığı belirtilmektedir (Lahtinen, 2012; Özkan, 2018; Tüfekçi, 2019; Turkay, Yavuz, Hortu, Terzi ve Kale, 2019; Yang ve ark., 2020). Araştırmamızdaki hastaların ağrı şiddetinin başlangıçta yüksek olup daha sonra düşmesinde ve ağrı şiddetinin gün içindeki değişimlerinde, travmaya bağlı doku iyileşmesi ile birlikte ağrı şiddetinin de azaldığı, bunun akut ağrının doğası ile uyduğu düşünülmüştür.

Eğitim, ağrı deneyimini etkileyen diğer bir kavramdır (Demir Dikmen ve ark., 2012; Koçoğlu ve Özdemir, 2011). Araştırmamızda okur-yazar olmayan hastaların VAS skor ortalamalarının diğer eğitim seviyelerindeki hastalara göre daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Araştırma sonucumuzla farklı şekilde, literatürde eğitim düzeyi ve deneyimlenen ağrı şiddeti arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalar yanında (Acar K., Acar H., Demir

ve Eti Aslan, 2016; Alavi ve ark., 2016; Ayhan, 2015; Çelik, 2013; Lopez-Alfaro, Echarte-Nuin, Fernández-Sangil, Moyano-Berardo ve Goñi-Viguria, 2019; Salt Peker, 2007), araştırmamızla benzer olarak eğitim düzeyi ile ağrı şiddeti arasında ters bir orantı olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Çalış, 2018; Koçoğlu ve Özdemir, 2011; Tanrıverdi ve ark., 2009). Accardi-Ravid ve ark. nın (2018) ortopedik travmalı hastalar ile yaptıkları çalışmada da araştırma sonucumuz ile benzer şekilde düşük eğitim seviyesinin travma durumunda yüksek ağrı şiddeti puanı ile ilişki olduğu belirtilmektedir. Araştırma sonuçları arasındaki farklılığın, çalışmalardaki hasta popülasyonlarının ve travma çeşidinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünölmüştür.

Ağrı yönetiminde başarısızlığın en güçlü göstergesi, ağrının yetersiz değerlendirilmesi ve hastanın hissettiği ağrı şiddeti ile sağlık personelinin tahmin ettiği ağrı şiddeti arasında tutarsızlık olmasıdır (Bozimowski, 2012; Yıldırım ve ark., 2015). Araştırmamızda hasta-hemşire ağrı değerlendirmeleri arasında uyumun yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde, araştırmamızdan farklı olarak ağrı değerlendirmesinde hasta-hemşire uyumunun orta düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar yanında (Dequeker ve ark., 2018; Lidén, Olofsson, Landgren ve Johansson 2012), uyumun düşük olduğunu gösteren çalışmaların da bulunduğu görölmektedir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Modanlo ve ark., 2010; Yang ve ark., 2020). Araştırmamızda elde edilen sonuçta araştırmamızdaki hemşirelerin çoğunlukla genç nüfustan oluşması ve çalışma yılının az olmasının etkili olabileceği düşünölmüştür. Ayrıca araştırmadaki hemşirelerin eğitim seviyesi yüksek ve çoğu yeni mezun olduğu için okulda öğrendikleri bilgileri klinik uygulamaya aktardıkları ve bu durumun da sonucu etkilediği düşünölmüştür.

Ağrı öznel, kişisel bir deneyimdir. şiddetini doğrudan gösterecek fizyolojik bir belirteç yoktur (Bono ve ark., 2013; Yang ve ark., 2020). Bu nedenle ağrı bildiriminde hastanın kendi ifadesine ve bildirimine güvenmek en güvenilir yoldur (Bono ve ark., 2013). Ancak buna rağmen ağrıyı deneyimleyen kişi olan hastanın göz ardı edildiği belirtilmektedir. Bu durum teorik olarak bilinenin uygulamaya yansıtılmadığını göstermektedir (Erden ve ark., 2015). Araştırmamızda hasta-hemşire değerlendirmeleri arasında farklılığın bulunduğu, hastaların bildirdiği ağrı şiddetinin hemşirelerden fazla olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde farklı hasta grupları ile yapılan çeşitli araştırmalarda da hastaların bildirdiği ağrı şiddetinin hemşirelere göre daha yüksek olduğu, hemşirelerin hastaların ağrısına her zaman inanmadıkları ifade

edilmektedir (Alemdar ve Aktaş, 2014; Bozimowski, 2012; Düzel ve ark., 2013; Giusti ve ark., 2018; López-Alfaro ve ark., 2019; Martin, Van Buren, Wake ve Dawson, 2018; Marco, Kanitz ve Jolly, 2013; Modanlo ve ark., 2010; Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Yıldırım ve ark., 2015). Literatürde sağlık personelinin hastaya göre ağrıyı düşük değerlendirmesinin bir nedeninin, sürekli ağrılı hasta ile karşılaştıkları için bir savunma mekanizması geliştirmeleri ve acıdan kaçınmaya çalışma davranışlarının etkili olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle hastanın ağrısını değerlendirirken hastaların ağrı bildiriminden ziyade kendi görüş ve deneyimlerini kaydedebildikleri ifade edilmektedir (Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Ruben ve ark., 2015; Yıldırım ve ark., 2015). Bir diğer nedenin de sağlık personelinin iş yükünün fazla olması ve zaman kısıtlılığı nedeni ile hastadaki ip uçlarını kaçırmaları olabileceği belirtilmektedir (Ruben ve ark., 2015). Hasta-hemşire değerlendirmeleri arasındaki farklılığın nedeni net olmamakla birlikte çalışma sonuçları ve araştırma sonucumuz hemşirelerin hastaların ağrı şiddetini düşük tahmin etmesinin yaygın bir sorun olduğunu doğrulamaktadır.

Ağrı değerlendirmesindeki uyumsuzluğun ve hasta-hemşire değerlendirmelerindeki farklılığın diğer bir nedeni olarak, hemşirelerin meslek yaşantısı boyunca ağrı ile ilgili geliştirdikleri önyargı ve tutumlar gösterilmektedir (Giusti ve ark., 2018). Literatürde sağlık personelinin hastaların ağrısını hastadaki fizyolojik ve davranışsal değişikliklere göre değerlendirdiği, ağrılı uyaran şiddetli ise ağrının da şiddetli olması beklendiği belirtilmektedir (Sarıyıldız, 2006). Bu tür önyargıların olması hastaların hissettiği ağrıyı yanlış değerlendirmeye neden olmaktadır. Bu nedenle çalışma yılı az olan ve genç hemşirelerde ağrının şiddetini fazla tahmin etme eğilimi varken, çalışma yılı fazla olanlarda ağrının daha düşük seviyede tahmin etme eğilimi olduğu belirtilmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Araştırmamızda meslekte çalışma süresi az olan hemşirelerin bildirdiği ağrı şiddeti puanı daha yüksek bulunmakla birlikte, çalışma süresi ile ağrı şiddeti puanı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda ayrıca hemşirelerin eğitim düzeyi ile belirttikleri ağrı şiddeti puanı arasında ilişki olduğu, lisans mezunu hemşirelerin lisans üstü mezunu hemşirelere göre ağrıya daha fazla puan verdikleri ve bu durumun anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda da araştırma sonucumuz ile benzer şekilde yaşı ve çalışma yılı az olan hemşirelerin ağrıya daha yüksek puan verdikleri görülmektedir (Alavi ve ark., 2016; Giusti ve ark., 2018). Araştırmamızda elde edilen sonuçta araştırmadaki hemşirelerin yaş ortalamasının 27.69 ± 2.78 olması nedeni ile meslekteki çalışma süresinin ve deneyiminin az olmasının

etkili düşünölmüştür. Ayrıca lisans mezunu hemşirelerin lisans üstü mezunu hemşirelere göre mesleki deneyiminin daha fazla olmasının da elde edilen sonuç ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür.



5.2. Ağrı İnanışları Ölçeğine Yönelik Bulguların Tartışması

Ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde bireyin ağrıyı nasıl algıladığı önemli bir faktördür (Daoust, PaquetPiette, Sanogo, Bailey ve Chauny, 2016). Ağrı algısına göre organik inanç kavramında ağrılar, yaralanma, doku hasarı, travma gibi fiziksel etkenlere bağlı olduğu düşünülürken, psikolojik inanç kavramında ağrılarının nedeninin psikolojik faktörler olduğuna inanılmaktadır (Sertel Berk, 2006; Erciyas, 2019). Travma durumunda akut ve nosiseptif kaynaklı ağrı ortaya çıkmakta, yaralanma ve hasar ne kadar büyükse o kadar fazla şiddette ağrı görülmektedir.

Ağrı dinamik ve kişisel bir deneyim olduğu için tanımlamak ve objektif bir şekilde ölçmek zordur. Bu nedenle hemşirelerin, kişisel önyargılarının ağrı değerlendirmesini ve tedaviyi etkilemesine izin vermemeye dikkat etmesi önemlidir (Alemdar ve Aktaş, 2014). Araştırmamızda hemşirelerin AİÖ Organik İnançlar alt boyut puan ortalamasının Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ayrıca Organik İnanç boyut ortalaması ile Psikolojik İnanç boyut ortalaması arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, Organik İnanç ortalaması artarken Psikolojik İnanç boyut ortalaması da artış gösterdiği saptanmıştır. Araştırma sonucumuz ile benzer şekilde literatürde yer alan diğer araştırmalarda da Organik İnançlar puan ortalamasının Psikolojik İnançlar puan ortalamasına göre yüksek olduğu ifade edilmektedir (Akyaz, 2018; Sertel Berk, 2006; Baird ve Haslam 2013). Araştırmamızda elde edilen sonuçta hemşirelerin akut bir şekilde ortaya çıkan travma ağrısını daha çok organik kökenli olarak gördükleri ve ağrıyı bir hastalık belirtisi olarak değerlendirdiklerini düşündürmüştür. Ayrıca hemşirelerin hastaların deneyimlediği ağrıda organik faktörler kadar psikolojik faktörleri de önemsemesinin elde edilen sonuçta etkili olabileceği düşünülmüştür.

Ağrının algılanmasında yaş önemli bir faktördür (Daoust ve ark., 2016). Araştırmamızda hemşirelerin yaş ortalaması arttıkça Organik İnançlar puan ortalamasının da arttığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuca göre hemşirelerin yaşı arttıkça ağrıya organik kökenli olarak baktıkları düşünülmüştür.

Ağrı algısını etkileyen diğer bir faktör de cinsiyettir (Daoust ve ark., 2016). Kadınlar ve erkekler arasında ağrının algılanması ve ifade edilmesi konusunda çeşitli sosyal ve psikolojik etkilerden kaynaklanan farklılıklar vardır. Yaygın olarak erkeklerin kadınlara göre ağrıya karşı daha fazla sabır gösterdiklerine inanılmaktadır (Turk ve ark.,

2010). Araştırmamızda kadın cinsiyetteki hemşirelerin hem Organik İnançlar hem de Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamaları erkek hemşirelere göre daha yüksek, aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu sonucun literatür ile uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin eğitim seviyesinin düşük olması ağrıyı değerlendirmeyi ve ağrıya yönelik algıyı etkilemektedir (Erden ve ark., 2015). Araştırmamızda hem Organik İnançlar hem de Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamalarının lisans mezunu eğitimi olan hemşirelerde lisansüstü eğitimi olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuçta eğitim seviyesi arttıkça ağrıya yönelik algıların azalmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Hemşireler ve hastalar farklı bilişsel yapılar ile ağrıyı tanımlamaya ve derecelendirmeye çalışmaktadır. Hastalar önceki ve kişisel deneyimlerini kullanarak ağrıyı tanımlayıp derecelendirirken, hemşireler çalışma yılları boyunca karşılaştıkları hastaların deneyimleri ile ilişkilendirebilmektedir (Sucu Çakmak ve Çalışkan, 2020; Yıldırım ve ark., 2015). Hastalar ağrıyı hissederken hemşireler bilinçsiz olarak diğer hastaların ağrı deneyimlerinden yararlanabilmektedir. Bu nedenle meslekte çalışma süresi ağrıya yönelik inanış ve tutumları etkileyebilmekte, farklılık yaratabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Araştırmamızda meslekte çalışma süresi 4-6 yıl olan hemşirelerin Psikolojik İnançlar puan ortalamasının, meslekte çalışma süresi 0-3 yıl olanlarda ise Organik İnançlar alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçta, meslekte çalışma deneyimi az olan hemşirelerin yeni mezun oldukları için klinik ve ağırlı hasta deneyimlerinin az olması, bu nedenle ağrıya yönelik algıları oluşmadığı için ağrıyı değerlendirmede okulda edindikleri bilgilerden yararlanmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca hemşirelerin travma ağrısını akut bir ağrı olarak düşünmeleri ve ağrıyı organik kökenle anlamlandırmaya çalışmaları nedeni ile AİÖ organik boyutunu işaretlemiş olabilecekleri ve bu durumun da elde edilen sonuç ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyelerine nazaran hastalar ile daha fazla zaman geçirdikleri, hastanın bakım planı için detaylı öykü almaları, hastanın geçmiş deneyimlerini öğrenmeleri, hastanın tedavisinde yer alan analjezikleri uygulaması ve etkisini takip etmesi nedeniyle etkili ağrı kontrolünde anahtar rol oynamaktadır (Demir Dikmen ve ark., 2012; Dequeker ve ark., 2018; Erden ve ark., 2015). Bu nedenle hastanın ağrı şiddeti ve analjezik gereksinimi konusunda kararlar almak zorunda kalmaktadırlar. Hemşirelerin böylesine önemli bir rol oynamasına rağmen, aldıkları kararlarda ağrı

kontrolü ile ilgili bilgisi kadar, kültürel alt yapıları, kendi ağrı deneyimleri ve ağrıya yönelik inanışlarından da etkilendiği belirtilmektedir (Demir Dikmen ve ark., 2012, Ruben ve ark., 2015). Bu nedenle hemşirelerde ağrıya yönelik inanışların ağrı değerlendirmesine etkileyebileceği ifade edilmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Araştırmamızda Organik İnançlar alt boyut puan ortalaması ile ağrı şiddeti puanı arasında sadece akşam değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sabah ve öğlen ağrı şiddeti puanı ile bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Buna göre Organik İnanç alt boyut ortalaması artarken akşam ağrı şiddeti puanının azaldığı tespit edilmiştir. Araştırma sonucumuz ile benzer şekilde Pons, Shipton ve Mulder'ın (2012) yaptığı çalışmada da Organik İnançların ağrı ile ilişkili olduğu ancak Psikolojik İnançlar ile bildirilen ağrı arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Benzer şekilde Sertel Berk' in (2006) yaptığı çalışmada Organik İnançlar puan ortalaması ile ağrı şiddeti puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, Psikolojik İnançlar ile ağrı şiddeti puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ifade edilmektedir. Araştırmamızda elde edilen sonuç, ağrı inançlarının ağrı şiddeti puanı ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Bu sonuçta travma ağrısının akut bir ağrı olması nedeni ile zamanla şiddetinin azalacağı ve geçeceğinin bilinmesinin etkili olabileceği düşünülmüştür. Hemşirelerin Organik ve Psikolojik İnançlarının benzer olmasında hastaların deneyimledikleri ağrıda psikolojik faktörler kadar organik faktörleri de önemseyemediklerini ve ağrıyı travmanın bir belirtisi olarak değerlendirdiklerini düşündürmüştür.

Sonuç olarak araştırma sonucumuz literatürdeki araştırmalar ile uyumlu olmakla birlikte, elde ettiğimiz sonuç travmalı hastalarda ağrı değerlendirmesinde hasta-hemşire uyumunun yüksek olduğunu, bununla birlikte hemşirelerin ağrı değerlendirmesinde hastalara göre daha düşük puan bildirdiklerini, ağrıya yönelik inanışların travma durumunda hissedilen ağrı ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, travma geçiren hastaların orta ve hafif şiddette ağrısının olduğu, gün içi değerlendirmelerde ağrı şiddeti puanları arasında farklılık olduğu, ağrı şiddeti puanının ilk gün en yüksek değerde iken giderek azaldığı, lisans mezunu hemşirelerin ve okur yazar olmayan hastaların ağrı şiddeti puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, hemşirelerin ağrı inançlarının daha çok organik kökenli olduğu, yaş arttıkça Organik İnançlar puan ortalamasının da arttığı, kadın cinsiyette ve lisans mezunu hemşirelerde Organik İnançlar ve Psikolojik İnançlar alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, meslekte çalışma süresi fazla olanlarda Psikolojik İnançların, meslekte çalışma süresinin ağrı inançlarını etkilediği, Organik İnançlar ile Psikolojik İnançlar arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ve ağrı inançlarının travma hastalarında hissedilen ağrıyı etkilemediği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; ağrı şiddeti değişkenlik gösterdiği için travma hastalarının düzenli olarak ağrısının değerlendirilmesi, ağrı gün içinde değişiklik gösterdiği için analjeziklerin ağrı şiddetinin artması beklenmeden saatinde ve uygun dozda uygulanması, ağrı yönetiminde eğitim faktörünün göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Ayrıca hasta-hemşire ağrı değerlendirmeleri arasında farklılık olmaması ve hemşirelerin ağrı inançlarının ağrı değerlendirmesini ve yönetimini etkilemesini önlemek için araştırma sonuçlarının hemşireler ile paylaşılması ve ağrı değerlendirme protokollerinin oluşturulması önerilmektedir. Gelecek çalışmalarda farklı hasta grupları ile hemşireler arasındaki uyumun değerlendirilmesi, ağrı algısı ve inançlarına yönelik ve daha büyük örneklem ile çalışılması ve bu çalışmalarda ağrı algısı ve inançlarını etkileyeceği düşünülen farklı değişkenlerin incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdalrahim, M. S., Majali, S. A., Stomberg, M. W., Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes to ward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 250-255. Doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.016.
- Acar, K., Acar, H., Demir, F., Eti Aslan, F. (2016). Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 85-91. Erişim adresi http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_AUD_348.pdf
- Accardi-Ravid, M. C., Dyer, J. R., Sharar, S. R., Wiechman, S., Jensen, M. P., Hoffman, H. G., Patterson, D. R. (2018). The nature of trauma pain and its association with catastrophizing and sleep. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 698-705. Doi: 10.1007/s12529-018-9751.
- Akgün, E. (2017). *Ektremite travması ile acil servise başvuran yetişkin hastaların ağrı şiddetinin ölçümü ve acil hekimlerinin ağrı yönetimindeki tutumlarının değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı: Antalya
- Akyaz, T. (2018). *Periferik arter hastalığı olan bireylerde ağrı algısı, ağrı inançları ve ağrı ile başatmenin belirlenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara
- Alavi, N. M., Aboutalebi, M. S., Sadat, Z. (2016). Pain management of trauma patients in the emergency department: a study in a public hospital in Iran. *International Emergency Nursing*, 33, 53-58. Doi: 10.1016/j.ienj.2016.10.005
- Alaloul, F., William, K., Meyers, J., Jones, K., Logsdon, M. C. (2015). Impact of a script-based communication intervention on patient satisfaction with pain management. *Pain Management Nursing*, 16(3), 321-327. Doi: 10.1016/j.pmn.2014.08.008.
- Alcock, M. M. (2017). Defining pain: past, present, and future. *Pain*, 158(4), 761-762. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000000828
- Alemdar, D. K., Aktas, Y. Y. (2014). Comparison of nurses' and patients' assessments of postoperative pain. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 882-888.
- Alqahtani, M., Jones, L. K. (2015). Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 44-49. Doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.013.

- Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(4), 458-465. Doi: 10.1177/0310057X1604400412
- Aydede, M. (2017). Defending the IASP definition of pain. *Monist*, 100(4), 439–464.
- Aydın, M. O. (2016). *Acil servise başvuran künt travmalı olgularda fizik muayene ve travma mekanizmasının tomografi sonuçlarıyla karşılaştırılmalı değerlendirilmesi*, (Uzmanlık Tezi), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı: Bursa.
- Ayhan, F. (2015). *Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri*, (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Konya.
- Aygin, D., Var, G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2(2), 61-70. Doi: 10.5505/sakaryamj.2012.26349
- Babadağ, B. (2014). *Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki*, (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Eskişehir.
- Baird, A. J., Haslam, R. A. (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. *Physical Therapy*, 93, 1615-1624. Erişim adresi <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/93/12/1615/2735292>
- Bartoszczyk, D. A., Gilbertson-White, S. (2015). Interventions for nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), 634-641. Doi: 10.1188/15.ONF.634-641.
- Bérubé, M., Choinière, M., Laflamme, Y. G., Gélinas, C. (2016). Acute to chronic pain transition in extremity trauma: A narrative review for future preventive interventions (part 1), *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 23, 47-59. Doi: 10.1016/j.ijotn.2016.04.002.
- Bono, C. M., Harris, M. B., Warholc, N., Katz, J. N., Carreras, E., ... Losina E. (2013). Pain intensity and patients' acceptance of surgical complication risks with lumbar fusion. *Spine*, 38(2), 140-147. Doi: 10.1097/BRS.0b013e318279b648.
- Borys, M., Zyzak, K., Hanych, A., Domagał, M., Gałkin, P., Gałaszkiwicz, K.... Czuczwar M. (2018). Survey of postoperative pain control in different types of hospitals: a multicenter observational study. *BMC Anesthesiology*, 18;18(1), 83. Doi: 10.1186/s12871-018-0551-3.

- Bouri, F., El Ansari, W., Mahmoud, S., Elhessy, A., Al-Ansari, A., Al-Dosari, M. A. (2018). Orthopedic professionals' recognition and knowledge of pain and perceived barriers to optimal pain management at five hospitals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 6(3), 98. Doi: 10.3390/healthcare6030098.
- Bozimowski, G. (2012) Patient perceptions of pain management therapy: a comparison of real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions. *Pain Management Nursing*, 13(4), 186-193. Doi: 10.1016/j.pmn.2010.04.004.
- Buckenmaier, C. C. (2012). The role of pain management in recovery following trauma and orthopaedic surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 20, 35-38. Doi: 10.5435/JAAOS-20-08-S35.
- Büyükyılmaz, F., Aşti, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:84–92
- Cesur, S. (2015). *Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri*, (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Afyon.
- Chen, H. J. Chen Y. M. (2015). Pain assessment: validation of the physiologic indicators in the ventilated adult patient. *Pain Management Nursing*, 16(2), 105–111
- Çalış, F. (2018). *Kas-iskelet ağrısı yakınması olan hastalarda ağrı algısının yaşam kalitesi ve depresif belirtiler üzerindeki etkisi*, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi: Aydın
- Çelik, S. (2013). Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3). Erişim adresi <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/84271>
- Daoust, R., Paquet, J., Piette, É., Sanogo, K., Bailey, B., Chauny, J. M. (2016). Impact of age on pain perception for typical painful diagnoses in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(1),14-20. Doi: 10.1016/j.jemermed.2015.06.074.
- Demir Dikmen, Y., Yıldırım Usta, Y., İnce, Y., Türken Gel, K., Akı Kaya, M. (2012). Determining of nurses' knowledge, behavior and clinical decision making regarding pain management. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), 162-172
- Dequeker, S., Van Lancker, A., Van Hecke, A. (2018) Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1):160-171. Doi: 10.1111/jan.13395.

- Dicle, A., Karayurt, O., Dirimese, E. (2009). Validation of the Turkish Version of the Brief Pain Inventory in surgery patients. *Pain Management Nursing*, 10(2), 107-113.e2. Doi: 10.1016/j.pmn.2008.08.002.
- Dijkstra, B. M., Berben, S. A. A., vanDongen, R. T. M., Schoonhoven, L. (2014). Review on pharmacological pain management in trauma patients in (pre-hospital) emergency medicine in the Netherlands. *European Journal of Pain*, 18(1), 3-19. Doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00337.x.
- Düzel, V., Aytaç, N., Öztunç, G. A. (2013). A study on the correlation between the nurses' and patients' postoperative pain assessments. *Pain Management Nursing*, 14(3), 126-132. Doi: 10.1016/j.pmn.2010.07.009
- Eid, T., Manias, E., Bucknall, T., Almazrooa, A. (2014). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain in Saudi Arabia. *Pain Management Nursing*. 5(4), e25-36. Doi: 10.1016/j.pmn.2014.05.014.
- Ellis, A. (1997). Using rationale motive behavior therapy techniques to cope with disability. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 17-22. Doi: 10.1037/0735-7028.28.1.17
- Erciyas, A. (2019). *Cerrahi ağrı deneyimi olmayan hastaların ameliyat sonrası ağrı inançları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Erden, S. (2015). Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. *Van Tıp Dergisi*, 22(4), 332-336
- Erden, S., Akçalı, D., Bulut, H., Babacan, A. (2015) Cerrahi hemşirelerinin ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması: Pilot bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 54-69
- Erden, S., Demir, N., Ugras, G. A., Arslan, U., Arslan, S. (2018). Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 20(4), 502-508. doi: 10.1111/nhs.12543.
- Horng, Y. S., Hwang, Y. H., Wu, H. C., Liang, H. W., Mhe, Y. J., Twu, F. C., Wang, J. D. (2005). Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. *Spine*, 30(5), 551-555. Doi: 10.1097/01.brs.0000154623.20778.f0.
- International AssociationforPainSociety- ASP. (1979). Painterms: a list with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249-252. PMID: 460932, Erişim adresi <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/460932/>

- Germossa, G. N., Hellesø, R., Sjetne, I. J. (2019). Hospitalized patients' pain experience before and after the introduction of a nurse-based pain management programme: a separate sample pre and post study. *BMC Nursing*, 18:40. Doi: 10.1186/s12912-019-0362-y.
- Germossa, G. N., Sjetne, I. S., Hellesø, R. (2018). The impact of an in-service educational program on nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in an Ethiopian university hospital. *Frontiers in PublicHealth*, 20;6, 229. Doi: 10.3389/fpubh.2018.00229.
- Giusti, G. D., Reitano, B., Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *ActaBio-Medica*, 27; 89(4-S): 64-70. Doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7055.
- Gracely, R. H. (2016). Pain language and evaluation. *Pain*, 157:1369–72
- Gyurcsik, N. C., Brawley, L. R., Spink, K. S., Glazebrook, K. E., Anderson, T. J. (2011). Is level of pain acceptance differentially related to social cognitions and behavior? The case of active women with arthritis. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 530-539. Doi: 10.1177/1359105310394229
- Griffioen, M. A., Greenspan, J. D., Johantgen, M., Rueden, K. V., O'Toole, R. V., Dorsey, S. G., Renn, C.L. (2017). Acute pain characteristics in patients with and without chronic pain following lower extremity injury. *Pain Management Nursing*, 18(1), 33-41. Doi: 10.1016/j.pmn.2016.10.002
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., French, M. (2011). Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis CareRes (Hoboken)*, 63 Suppl 11, 240-252. Doi: 10.1002/acr.20543.
- İnal, Y. (2018). *Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Gaziantep
- İnci, Ö. (2018). *Künt gövde travması nedeniyle acil servise başvurmış pediatrik hastalarda odaklanmış travma ultrasonografisinin (OTU) hasta yönetimine etkisinin retrospektif olarak değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı: İzmir

- İzveren, A. Ö., Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 36-46. Erişim adresi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7837/103239>
- Jones Jr, J., Southerland, W., Catalani, B. (2017). The importance of optimizing acute pain in the orthopedic trauma patient. *The Orthopedic Clinics of North America*, 48(4), 445-465. doi: 10.1016/j.ocl.2017.06.003
- Karayurt, Ö., Akyol, Ö. (2010). Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 96-104.
- Kleber, R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review, *Frontiers in Psychiatry*, 10:451. Doi: 10.3389/fpsyt.2019.00451.
- Kocataş, A. (2016). *Trakya Üniversitesi tıp fakültesi acil servisine başvuran ve herhangi bir servise yatırılıp yapılan travma hastalarının demografik verileri ve travma skorlarının incelenmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı: Edirne
- Koçoğlu, D., Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyodemografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*, 23(2), 64-70
- Kök, E. (2018). *Kalp cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif ağrı düzeyinin ve yönetim kalitesinin incelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Gaziantep.
- Lahtinen, P. (2012). *Pain after coronary artery bypass grafting surgery*, (Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences), University of Eastern Finland, Health Sciences: Finland.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159.
- Lidén, Y., Olofsson, N., Landgren, O., Johansson, E. (2012). Pain and anxiety during bone marrow aspiration/biopsy: Comparison of ratings among patients versus health-care professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 323-9. Doi: 10.1016/j.ejon.2011.07.009.
- López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B. M., Goñi-Viguria, R. (2019). Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enferm Intensiva*, 30(3), 99-107. Doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001

- Martin, K. D., Van Buren, J. P., Wake, J., Dawson, L. (2018). Comparison of visual analog pain score reported to physician vs nurse. *Foot & Ankle International*, 39(3), 300-303. Doi: 10.1177/1071100717740584.
- Marco, C. A., Kanitz, W., Jolly, M. (2013) Pain scores among emergency department (ED) patients: comparison by ED diagnosis. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(1), 46-52. Doi: 10.1016/j.jemermed.2012.05.002.
- Mavrogenis, A. F., Igoumenou, V. G., Kostroglou, A., Kostopanagiotou, K., Saranteas, T. (2018). The ABC and pain in trauma. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 28, 545–550. Doi 10.1007/s00590-018-2123-0.
- McCaffery, M., Herr, K., Pasero, C. (2011). Assesment basic problems, misconceptions and pratical tools, *Pain Assesment and Pharmacologic Management*. s.13-1779.
- Mędrzycka-Dąbrowska, W. A., Dąbrowski, S., Basiński, A., Pilch, D. (2016). Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in polish hospitals with and without a “hospital without pain” certificate - a multi-center study. *Archives of Medical Science*, 12(4), 808-818. Doi: 10.5114/aoms.2015.54768.
- Modanlo, M., Seyyed Fatemi, N., Bastani, F., Peyravy, H., Behnampoor, N., Hesam, M., Abdollahi, H. (2010). Comparison of pain assessment by patients and triage nurses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(1), 23-28
- Nasir, M., Ahmed, A. (2020). Knowledge about post operative pain and its management in surgical patients. *Cureus*. 12(1), e6685. Doi: 10.7759/cureus.6685
- Nischal, N., Arulraja E., Shaheen, S. P. (2020). Pain management for orthopedic injuries. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 38(1), 223-241. Doi: 10.1016/j.emc.2019.09.013
- O’Hara, N. N., Isaac, M., Slobogean, G. P., Klazinga N. K. (2020). The socio economic impact of orthopaedic trauma: A systematic review and meta-analysis. *PLoSOne*, 15; 15(1), e0227907. Doi: 10.1371/journal.pone.0227907.
- Orhon, R. (2011). *Travma Hastalarında Morbidite ve Mortalitenin Tahmininde Travma Skorlarının Karşılaştırılması*, (Uzmanlık Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı: Sivas.
- Osborn, M. (2018). Situating pain in a more helpful place. *Pain Reports*, 3(2), e642. Doi: 10.1097/PR9.0000000000000642.
- Oyler, D. R., Parli, S. E., Bernard, A. C., Chang, P. K., Procter, L. D., Harned, M. E. (2015). Nonopioid management of acute pain associated with trauma: Focus on

- pharmacologic options. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 79(3), 475-83. Doi: 10.1097/TA.0000000000000755.
- Özkan, B. (2018). *Abdominal cerrahi girişim sonrası insizyon bölgesine uygulanan soğuk terapinin ameliyat sonrası ağrı ve analjezik kullanımına etkisi*, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.
- Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E., Faydalı Dokuz, H. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(1), 60-66. Doi: 10.16899/gopctd.388195
- Pons, T., Shipton, E., Mulder R. (2012) The relationship between beliefs about pain and functioning with rheumatologic conditions. *Rehabilitation Research and Practice*, 1-9. Doi:10.1155/2012/206263
- Pierik, J. G. J., IJzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Berben, S. A., van Eenennaam, F. L., van Vugt, A. B., Doggen, C. J.M. (2015). Pain management in the emergency chain: the use and effectiveness of pain management in patients with acute musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 16(5), 970-984. Doi: 10.1111/pme.12668
- Prastika, D., Kitrungrate, L., Damkliang J. (2018). Pain-management strategies among hospitalized trauma patients: A preliminary study in a teaching hospital in Indonesia. *Enfermería Clínica*, 28, 158-161. Doi: 10.1016/S1130-8621(18)30058-5
- Raffaelli, W., Arnaudo, E. (2017). Pain as a disease: an overview. *Journal of Pain Research*, 10, 2003-2008. Doi: 10.2147/JPR.S138864.
- Reneman, M. F., Dijkstra, A., Geertzen, J. H. B., Dijkstra, P. U. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *European Journal of Pain*, 14(5), 457-465. Doi: 10.1016/j.ejpain.2009.08.003
- Ruben, M. A., van Osch, M., Blanch-Hartigan, D. (2015). Health care providers' accuracy in assessing patients' pain: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1197-206. Doi: 10.1016/j.pec.2015.07.009.
- Salt Paker, D. (2007). *Ağrı yakınması olan hastalarda yaşam kalitesi, başa çıkma tutumları ve depresif belirtilerin ağrı algısı ile ilişkisi*, (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi: Aydın.
- Sarıyıldız, D. (2006). *Travmalı hastaların ağrı şiddeti ve ağrı geçirme uygulamalarından memnuniyetinin belirlenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

- Seipel, S. L., Fulton, M. B., McKinzie, B. P., Parnell, L. (2012). Trauma pain control. An interdisciplinary approach to process improvement. *Journal of Trauma Nursing*, 19(3),177-181. Doi: 10.1097/JTN.0b013e318261d3a8.
- Sertel Berk, H. Ö. (2006). *Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması*, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Shulman, B. S., Marcano, A. I., Davidovitch, R. I., Karia, R., Egol, K. A. (2016). Nature's wrath-the effect of weather on pain following orthopaedic trauma. *Injury*, 47(8), 1841-1846. Doi: 10.1016/j.injury.2016.05.043
- Sucu Çakmak, N. C., Çalışkan, N. (2020). Comparison of pain pain assessments made by patients and nurses in emergency services. *International Journal of Human Sciences*, 17(3), 864-876.
- Swift, A. (2015). Pain management 3: The assessment of pain in adults. *Nursing Times*; 111: 41, 12-17.
- Şapulu Alakan, Y., Ünal, E. (2017). Pain assessment in intensive care nursing and pain management. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 12-29
- Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin, H., Özyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., Özışık Karaman, H., Korkut, M. (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Turkish Journal of Geriatric*, 12(4), 190-197. Erişim adresi <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=tr&id=441>
- Tel H. (2010). Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. Sabuncu, N., & Ay Akça, F. (Ed). Klinik Beceriler. Sağlıkın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi içinde (s.651-674). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Turk, D. C., Swanson, K. S., Wilson, H. D. (2010). *Psychological Aspects of Pain*. In: Bonica's Management of Pain. Fourth Edition. Chapter 7:74-85.
- Turkay, Ü., Yavuz, A., Hortu, İ., Terzi, H., Kale, A. (2019). The impact of chewing gum on postoperative bowel activity and postoperative pain after total laparoscopic hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(5), Doi: 10.1080/01443615.2019.1652891
- Tüfekçi, H. (2019). *By-Pass ameliyatı olmuş hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ağrı şiddetinin günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Türkiye İstatistik Kurumu Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi 22.06.2020

- Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri, www.saglik.gov.tr/saglik-istatistikleri-yilligi-2018, Erişim tarihi 22.06.2020
- Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080, www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 20.06.2020
- Türkiye İstatistik Kurumu Eğitim İstatistikleri, www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 15.06.2020
- Uyar, M., Köken, İ. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojii, *TOTBİD Dergisi*, 16:70–76
- Veresciagina, K., Ambrozaitis, K. V., Wpakauskas, B. (2009). The measurements of health-related quality-of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina (Kaunas)*, 45(2), 111-122.
- Wang, W.Y., Ho, S.T., Wu, S.L., Chu, C.M., Sung, C.S., Wang, K.Y., Liang, C.Y. (2016). Trends in clinically significant pain prevalence among hospitalized cancer patients at an academic hospital in Taiwan: A retrospective cohort study. *Medicine*, 95(1), e2099. Doi: 10.1097/MD.0000000000002099.
- Wengström, Y., Rundström, C., Geerling, J., Pappa, T., Weisse, I., Williams, S. C., ... Rustøen, T. (2014). The management of break through cancer pain – Educational needs a European nursing survey. *European Journal of Cancer Care*, 23(1), 121-128. Doi: 10.1111/ecc.12118.
- Woldehaimanot, T. E., Saketa, Y. J., Mulatu, A., Zeleke, H. A., Woldeyohanes, T. R. (2014). Pain knowledge and attitude: a survey among nurses in 23 health institutions in Western Ethiopia. *Gazi Medical Journal*, 20(3), 254–260.
- Wooldridge, S., Branney, J. (2020). Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: a literature review. *British Journal of Nursing*, 29(4), 212-220. Doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.212.
- Yağcı, Ü., Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220. Doi: 10.17343/sdutfd.444237
- Yang, Y. E., Xiong, C., Xia, L., Kang, S.S., Jian, J.J., Yang, X.Q., Xu, X. Z. (2020). Consistency of postoperative pain assessments between nurses and patients undergoing enhanced recovery after gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1323-1331. Doi: 10.1111/jocn.15200
- Yıldırım, M., Çizmeciyan, E.S., Kaya, G., Başaran, Z., Karaman, F.Ş., Dursun, S. (2015). Perceptions of pain levels among orthopedic surgery patients, their relatives, and nurses, *Agri*, 27(3), 132-138. Doi: 10.5505/agri.2015.50103

Zhou, L., Liu, X. L., Tan, J. Y., Yu, H. P., Pratt, J., Peng, YQ. (2015). Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(2), 218-230. Doi: 10.1111/inr.12172.



Hastaların Tanıtıcı Bilgiler Formu

Hasta no		
Yaş		Hastaneye yatış tarihi
Cinsiyet		Boy/Kilo
Medeni durum		Tanı
	Evli Bekar	
Eğitim durumu		
() Okur- yazar değil () Okur yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üstü		
Çalışma durumu		
	Evet () Yapılan İş	
	Hayır ()	
Gelir durumu () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla		
Kronik hastalık mevcudiyeti		
	DM	Diğer (Açıklayınız).....
	HT
Normal yaşantıda çok sık ağrı deneyimleme durumu		
	Evet	Süre.....
	Nedeni.....	
	...	
	Hayır	

Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgiler Formu

Doğum tarihi:		Meslekteki çalışma süresi
Cinsiyet		
	Kadın	
	Erkek	
Medeni durum		Eğitim düzeyi
	Evli	Lisans
	Bekar	Lisans üstü

Ağrı İnançları Ölçeği

Lütfen her madde için size en uygun cevabı belirtiniz. 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.

No	Soru	Her zaman	Neredeyse her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1	Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.						
2	Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.						
3	Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.						
4	Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.						
5	Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.						
6	Rahatken ağrıya baş etmek daha kolaydır.						
7	Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.						
8	Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.						
9	Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.						
10	Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.						
11	Ağrı bir hastalığın işaretidir.						
12	Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.						

Ölçek Kullanım İzni

Kimden: **HANİFE ÖZLEM BERK** osberk@istanbul.edu.tr 
Konu: Re: Ölçek kullanım izni
Tarih: 30 Mayıs 2018 16:06
Kime: Gülşah KÖSE glsh_ks@yahoo.com

HB

Sayın Gülşah Hocam,

Ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Ekte ölçeği, ölçekle 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

30 Mayıs 2018 14:09 tarihinde Gülşah KÖSE <glsh_ks@yahoo.com> yazdı:

Sayın Doç.Dr. Hanife Özlem Sertel Berk Hocam

İsmim Gülşah Köse, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktayım. İki öğrencimle yüksek lisans tezinde ağrı inanç ve tutumları çalışmak istiyorum. Bu kapsamda izniniz olursa sizin Türkçe geçerlik-güvenirliliğini yaptığınız "Ağrı İnançları Ölçeği" ni kullanmak istiyoruz. Gerçekleştirmeyi düşündüğümüz iki tezde de ölçeğinizi kullanmamıza izniniz olur mu hocam. İyi haberlerinizi almak dileğiyle
Saygılar

Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü



ağrı inanclari
olcegi.docx

Ağrı Takip Formu



Hastalar için

	Görsel Kıyaslama Ölçeği Puanı		
	Sabah	Öğle	Akşam
1. gün			
2. gün			
3. gün			
4. gün			
5. gün			
6. gün			
7. gün			
8. gün			

Hemşireler için

	Görsel Kıyaslama Ölçeği Puanı		
	Sabah	Öğle	Akşam
1. gün			
2. gün			
3. gün			
4. gün			
5. gün			
6. gün			
7. gün			
8. gün			

Etik Kurul Onay Belgesi


MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

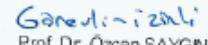
Protokol No : 180142	Karar No : 118
Araştırma Yürütücüsü	Hemşire BERK KABLAN
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
Araştırmanın Başlığı	Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine Yönelik Tutumları ile Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	05.07.2018
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 12.07.2018 1. Düzeltme Tarihi : 18.07.2018
Karar Tarihi	23.07.2018


KARAR : UYGUNDUR


AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.


Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan

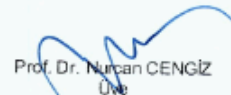

Prof. Dr. Ali AKAR
Üye


Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye


Prof. Dr. Umut AVCI
Üye


Prof. Dr. Harun UÇUNCU
Üye


Prof. Dr. Nevide DELLAL
Üye


Prof. Dr. Nurcan CENGİZ
Üye

İl Sağlık Oluru



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 97910496-044
Konu : Berk KABLAN'ın Kurum İzni
Talebi

AKÇAKALE DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 13.08.2018 tarihli ve 78379617-929-E.894 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Hastanenizde hemşire olarak çalışmakta olan Berk KABLAN'ın "**Hemşirelerin ağı değerlendirilmesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi**" konulu çalışma izni tarafımızca değerlendirilmiş olup, bahse konu çalışmayı sağlık tesisinizde yürütmesi uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Halil BEYAZKENDİR
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU*(HEMŞİRELER İÇİN)*

“Hemşireler İle Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki Uyumlarnın ve Hemşirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi” adlı alıőma Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE sorumluluğunda Berk KABLAN tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma yüksek lisans tezi kapsamında, hemşirelerin ağrı ile ilgili inanışlarının travmalđ hastalarda ağrı değerlendirmesine etkisi ve ağrı değerlendirmesinde has-hemşire uyumunun incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taőtımaktadır.

Anket 12 sorudan oluőtmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 5 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aőtayıdaki isimle iletiőtım kurabilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Berk KABLAN

Telefon Numarası: 0538 602 8667

Anketi doldurduğunuz için teőtekkür ederiz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(HASTALAR İÇİN)

“Hemşireler İle Hastaların Ağrı Değerlendirmesi Arasındaki Uyumlarınınve Hemşirelerin Ağrı İnanışlarının Belirlenmesi” adlı çalışma Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖSE sorumluluğunda Berk KABLAN tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma yüksek lisans tezi kapsamında, hemşirelerin ağrı ile ilgili inanışlarının travmalı hastalarda ağrı değerlendirmesine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Araştırma travma nedeni ile Cerrahi servisine başvuran 150 hasta ile Ekim 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir. Ağrı, hareket yeteneğinde azalmaya ve günlük yaşamda zorluk yaşanmasına neden olan bir durumdur. Hissedilen ağrı; ağrıyı algılayışı biçimi, ağrıya dayanıklılık, ağrı ile ilgili beklentiler, ağrıyla başa çıkma şekli, yaş, cinsiyet, bölgesel özellikler gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Özellikle bunlardan ağrı ile ilgili inançlar ağrı ile baş etme becerisini direkt etkilemektedir. Ağrı her kişiden kişiye değişen ve kişinin içinde yaşadığı ortam ve kültürden etkilenen bir durumdur. Bu nedenle araştırma kapsamında sizlerin kişisel özelliklerinizin ağrı ile ilişkisini değerlendirebilmemiz için sizlere cinsiyetiniz, boy, kilo, medeni durumunuz gibi kişisel bilgilerinize yönelik sorular sorulacaktır. Bu bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Ayrıca travma nedeni ile ağrınızı etkileyen, içinde yaşadığınız toplumun kültürel özelliklerine göre ağrıyı algılamınızı etkileyen, önemli bir özellik olan ağrı ile ilgili inanışlarınızı belirleyebilmek için 12 sorudan oluşan bir anket doldurmanız istenecektir. Anketi tamamlamak yaklaşık 5 dk. zamanınızı alacaktır. Bu anketi hastaneye başvurduğunuzda bir defa dolduracaksınız. Anketin doldurulması sırasında Hem. Berk KABLAN yanınızda olacak ve size yardımcı olacaktır. Hastaneye geldiğiniz andan itibaren ağrı cetveli ile ağrınız düzenli olarak sorgulanıp değerlendirilecektir. Ağrı değerlendirmenizde ağrı cetveli için Hem. Berk KABLAN size yardımcı olacak ve ağrınızı değerlendirecektir. Vereceğiniz bilgiler, ağrı ile ilgili inanışlarınızı belirten ölçek hiç bir şekilde tedavinizi etkilemeyecek veya değiştirmeyecektir. Araştırmada sizler için herhangi bir risk ya da riskli durum bulunmamaktadır. Aksine, geçirdiğiniz travma ve uygulanan tedaviler sırasında yaşayabileceğiniz ağrıyı en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için bizlere yol gösterecektir. Planlanan tedaviniz ve işlemler planlanan normal rutinde devam edecektir. Araştırma kapsamında siz değerli katılımcılarımızdan toplanan veriler sizin gibi travma nedeni ile hastaneye gelen

hastalarda yaşanabilecek ağrıyı azaltmak için bizlerin yapacağı uygulamalara ışıktutacak ve hastaların daha az ağrı çekmesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, planlanan ameliyat ve tedavinizde herhangi bir değişiklik yapılmayacak ve sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten hemşire, çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecek ve tedaviniz devam edecektir.

1. Aşağıda imzası olan ben " Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine yönelik tutumları ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Hem. Berk KABLAN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istediği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Araştırmacı Hem. Berk KABLAN 'a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Araştırmacı Hem. Berk KABLAN 'a bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacı Hem. Berk KABLAN ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum.
6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı:

Hem. Berk KABLAN

Tarih:

İmza:

Telefon Numarası: 0538 602 8667

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Berk KABLAN

Doğum Yeri : Antakya

Doğum Yılı : 1996

Medeni Hali :Bekar

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2009-2013 : Serinyol Lisesi

Lisans 2013-2017 : Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu

Yabancı Dil :İngilizce

MESLEKİ BİLGİLER

2018-2019: Akçakale Devlet Hastanesi Cerrahi Hastalıkları Servisi

2019-Halen: Akçakale Devlet Hastanesi Eğitim ve Enfeksiyon Birimi Sorumlusu