



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA
AĞRI, HASTALIK ALGISI, ANKSİYETE VE DEPRESYON
İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN: DUYGU HELVACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN: PROF. DR. EMEL YILMAZ

MANİSA

2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA
AĞRI, HASTALIK ALGISI, ANKSİYETE VE DEPRESYON
İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN: DUYGU HELVACI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
DANIŞMAN: PROF. DR. EMEL YILMAZ

TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Emel YILMAZ	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Hakan BAYDUR	(Jüri Üyesi)
Doç. Dr Esma ÖZŞAKER	(Jüri Üyesi)

MANİSA

2022

**Akut Karın Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Ağrı, Hastalık Algısı, Anksiyete
ve Depresyon İlişkisi**

Öğrenci: Duygu HELVACI

Danışman: Prof. Dr. Emel YILMAZ

Bu tez çalışması 14/09/2022 tarihinde jürimiz tarafından “Hemşirelik Anabilim Dalı/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Prof Dr. Emel YILMAZ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye:

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye:

Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur. /..... /.....

Prof. Dr. Ömer TETİK

Enstitü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Duygu HELVACI

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca emeğini, özverisini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen, motive eden danışmanım Prof. Dr. Emel Yılmaz'a, veri toplama süresince beni destekleyen Tepecik Acil Tıp hemşirelerine, yüksek lisans eğitim süresini birlikte tamamladığım canım arkadaşlarım Nergis Dursun, Burak Kaplan, Tuğba Cengiz ve Haticenur Aralı'ya, kardeş olmanın kan bağı gerektirmediğinin kanıtı olan Büşra Alataş'a, 10 yıldır varlıklarını esirgemeyen canım arkadaşlarım ve her daim yanımda olduklarını bildiğim canım aileme teşekkür ederim.

Duygu HELVACI

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

AAA: Abdominal Aort Anevrizması
AFÖ: Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği
AP: Akut Pankreatit
AS: Acil Servis
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
F: One-way Anova Testi
GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği
HADS: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HADS-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete
HADS-D: Hastane Anksiyete Deresyon Ölçeği- Depresyon
HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği
IASP: International Association for the Study of Pain
KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
Maks: En Büyük Değer
MAÖ-KF: Mcgill Melzack Ağrı Ölçeği-Kısa Form
MASF: Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
Min: En Küçük Değer
NSAİ: Non-steroid antiinflamatuvar
Ort: Aritmetik Ortalama
PID: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
SPSS: Statistical Programme for Social Sciences
SS: Standart Sapma
t: Student t Testi
TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TT: Testis Torisyonu
VAS: Visual Analogue Scala

IV. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN	iv
II. TEŞEKKÜR.....	v
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	vi
IV. İÇİNDEKİLER.....	vii
V. TABLOLAR LİSTESİ	x
VI: ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ	5
3.1. Araştırmanın Amacı	8
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4. 1. Ağrı.....	9
4.1.1. Ağrının Fizyopatolojisi	10
4.1.2. Ağrı Teorileri.....	12
4.1.3. Ağrının Sınıflandırılması	14
4.1.3. 1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırılması.....	14
4.1.3.2. Kaynak Aldığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması.....	15
4.1.3.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırması	16
4.1.4. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri	16
4.1.4. 1. Tek Boyutlu Ölçekler	17
4.1.4. 2. Çok Boyutlu Ölçekler	17
4.1.5. Ağrı Tedavileri: Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemler	17
4.1.6. Ağrıya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları ve Bakım	18
4.2. Akut Karın Ağrısı.....	19
4.2.1. Karın Ağrısının Nedenleri.....	24
4.2.2. Karın Ağrısında Hemşirelik Bakımı	27
4. 3. Hastalık Algısı.....	29
4.4. Anksiyete	30
4.5. Depresyon	31

4.6. Anksiyete, Depresyon ve Ağrı İlişkisi	33
4.7. Ağrıyla Felaketleştirme.....	35
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
5.1. Araştırmanın Tipi	37
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi.....	37
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
5.4. Araştırma soruları.....	38
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	38
5.6. Veri Toplama Araçları	39
5.6. 1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)	39
5.6.2. Visual Analog Skala (VAS) (Ek-6).....	39
5.6.3. McGill Melzack Ağrı Ölçeği-Kısa Form (MAÖ-KF) (Ek-7)	39
5.6.4. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) (Ek-8)	40
5.6.5. Ağrıyla Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ) (Ek-9).....	40
5.6.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) (Ek-10).....	40
5.7. Veri Toplama Yöntemi	41
5.8. Çalışma Takvimi/Çizelgesi	42
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	42
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	43
6. BULGULAR	44
6.1. Hastaların Kişisel Tanıtıcı Formlarına Yönelik Bulguları	44
6.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik Bulgular.....	49
6.3. Hastalar ve Ölçek Sonuçları.....	51
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
9. KAYNAKLAR.....	69
10. EKLER.....	83
EK-1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ KONUSU KABUL KARAR FORMU	83
EK-2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU.....	84

EK-3. T.C. İZMİR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN FORMU	85
EK-4: T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	86
EK-: 5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	89
EK- 6. VISUAL ANALOG SKALA (VAS).....	91
EK-7. MCGILL MELZACK AĞRI ÖLÇEĞİ-KISA FORM.....	92
EK-8. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ.....	93
EK-9. AĞRIYI FELAKETLEŞTİRME ÖLÇEĞİ.....	94
EK- 10. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	95
11. ÖZGEÇMİŞ.....	98

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Akut Karın Ağrısı Nedenleri	22
Tablo 2. Akut Karın Ağrısı Yönetimi	23
Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=268).....	44
Tablo 4. Hastaların Hastalık Hikayesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=268)..	45
Tablo 5. Hastaların Ağrılarına İlişkin Tanıtıcı Bulgularına Göre Dağılımı (n=268).	46
Tablo 6. Hastaların Ağrılarına Yönelik Uygulamaları ve Baş Etme Biçimlerine İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=268)	47
Tablo 7. Hastaların Acil Serviste Kalış ve Sonlanış Durumlarına İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=268).....	48
Tablo 8. Ağrı İçin Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular (n=268)	49
Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268).....	51
Tablo 10. Hastaların Hastalık Öyküleri ve Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268)	53
Tablo 11. Hastaların Ağrı Durumları-Uygulamaları ve Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268).....	54
Tablo 12. HADS-Anksiyete, HADS-Depresyon, Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği Toplam Puan, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, McGill Melzack Ölçeği, Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması	55

VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ağrı Fizyolojisi.....	11
Şekil 2. Ağrının Algılanması	12
Şekil 3. Kapı Kontrol Teorisi.....	13
Şekil 4. Anksiyete Depresyon İlişkisi	34



Akut Karın Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Ağrı, Hastalık Algısı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Öğrencinin Adı: Duygu HELVACI

Danışmanlar: Prof. Dr. Emel YILMAZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon, hastalık algısı ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türdeki bu araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Tıp Kliniği'ne 01.03.2021-31.03.2022 tarihinde akut karın ağrısı ile gelen 268 hasta oluşturdu. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Visual Analog Skala (VAS), McGill Melzack Ağrı Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (MAÖ-KF), Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ), Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile toplandı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $35,14\pm12,59$ ve %51,9'u kadındır. Hastaların %78,5'inin karın ağrısı ile başvurduğu %61,9'unun karın çevresinde ağrısı olduğu saptandı. Akut karın ağrısı ile başvuran hastaların puan ortalamaları VAS: $5,35\pm1,56$, MAÖ-KF toplam puan: $12,12\pm8,79$, KHAÖ toplam puan: $32,27\pm5,36$, AFÖ toplam puan: $28,26\pm12,74$, HADS- Anksiyete: $8,54\pm4,56$ ve HADS-Depresyon: $8,53\pm4,82$ saptandı. Hastaların ağrı şiddeti ile HADS-Anksiyete ve HADS-Depresyon ve AFÖ arasında pozitif yönlü, KHAÖ arasında negatif yönlü ilişki bulundu. HADS- Anksiyete ve HADS-Depresyon ile KHAÖ arasında anlamlı ilişki belirlenmedi.

Sonuçlar: Araştırma sonucunda hastaların ağrı yoğunluklarının orta düzeyde, hastalık algılarının düşük düzeyde, anksiyete puanlarının kesme noktasının (≥ 10) altında depresyon puanlarının kesme noktasının (≥ 7) üzerinde olduğu belirlendi.

Ayrıca hastaların %30,2'sinin anksiyete ve %60,4'ünün depresyon riski olduğu saptandı. Hastaların ağrı şiddeti arttıkça anksiyete, depresyon ve ağrıyı felaketleştirme düzeylerinin de arttığı, hastalık algılarının ise azaldığı bulundu. Hastaların ağrı yoğunluklarını, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Ağrı, Hastalık Algısı, Ağrıyı Felaketleştirme Anksiyete Depresyon.



The Relationship between Pain, Illness Perception, Anxiety and Depression in Patients Presenting with Acute Abdominal Pain

Student: Duygu HELVACI

Advisor: Professor Emel YILMAZ

Department: Nursing, Surgical Nursing Master's Program

2. ABSTRACT

Aim: The study was conducted to determine the relationship between pain, anxiety and depression, and perception of illness in patients presenting with acute abdominal pain.

Materials and Methods: This descriptive study consisted of 268 patients who came to the Health Sciences University İzmir Tepecik Training and Research Hospital Adult Emergency Medicine Clinic between 01.03.2021 and 31.03.2022 with acute abdominal pain. Research data were collected with Personal Information Form, Visual Analogue Scale (VAS), Mc Gill Melzack Pain Rating Scale Short Form (MASF), Pain Catastrophizing Scale (PCS), Brief Illness Perception Scale (BIPS), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the patients participating in the study was 35.14 ± 12.59 years and 51.9% were women. It was determined that 78.5% of the patients presented with abdominal pain, and 61.9% of them had pain around the abdomen. The mean scores of patients presenting with acute abdominal pain: VAS: 5.35 ± 1.56 , MASF total score: 12.12 ± 8.79 , PCS total score: 28.26 ± 12.74 , BIPS total score 32.27 ± 5.36 , HADS-Anxiety: 8.54 ± 4.56 and HADS-Depression: 8.53 ± 4.82 . A positive correlation was found between the pain severity of the patients and HADS-Anxiety, HADS-Depression and PCS, and a negative correlation was found between BIPS. There was no significant relationship between HADS-Anxiety and HADS-Depression and BIPS.

Conclusion: As a result of the research, it was determined that the pain intensity of the patients was moderate, their perception of illness was low, their anxiety scores were below the cut-off point (≥ 10), and their depression scores were above the cut-

off point (≥ 7). In addition, 30.2% of the patients were found to be at risk for anxiety and 60.4% for depression. It was found that as the pain severity of the patients increased, the levels of anxiety, depression and catastrophizing pain also increased, and their perception of illness decreased. Nursing interventions to reduce patients' pain intensity, anxiety and depression levels should be planned and implemented.

Key words: Emergency room, Pain, Illness Perception, Pain Catastrophizing Anxiety Depression.



3. GİRİŞ ve AMAÇ

Her bireyin yaşamının belli bir döneminde deneyimlediği ağrı evrensel bir olgu olarak karşımıza çıkar. Geçmiş dönemlerden bu zamana kadar toplumun her kesimini ilgilendirmekle beraber insanları yaşam kalitesini, işlevselliğinin düşmesine neden olmaktadır. Bireyden bireye farklı olarak algılanan ve değerlendirilen ağrı subjektif bir bulgudur ve kişi ağrısı olduğunu söylüyorsa ağrı var olarak kabul edilir (Çelik ve ark., 2018). Evrensel bir deneyim olan ve yüzyıllar boyunca insanoğlu tarafından açıklamaya çalışılan ağrının en geçerli olan tanımını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain=IASP) yapmıştır. Bu tanıma göre ağrı, "var olan ya da olası doku hasarına eşlik eden ya da bu hasar ile tanımlanabilen ve hoş olmayan duysal ve emosyonel bir deneyim" olarak tanımlanmaktadır (Raja ve ark. 2021). Ağrı; bir duyum ve hoş olmayan bir yapıda olduğu için her zaman öznel bir kavramdır. Bu nedenle hastanın yaşadığı ağrı deneyimi değerlendirilirken fiziksel boyutunun yanında öznelliği de dikkate alınmalı ve hastanın ağrıya yönelik bildirimi temel olmalıdır. Öznel bir deneyim olan ağrıda, ağrıyı algılayabilme, tanımlayabilme ve ağrıya karşı oluşan davranışsal tepkiler kişiler arasında değişiklik göstermektedir. Ağrının bireye özel bir durum olması hastaları tüm yönleriyle tanımayı, doğru öykü almayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı ve sürekli gözlem yapmayı gerektirmektedir (Eti Aslan, 2006; Raja ve ark. 2021). Ağrı yönetimi, her hastanın hakkıdır fakat bu yönetim süreci, oldukça karmaşık bir süreçtir. Hasta ya da sağlık ekibinden kaynaklanabilecek sorunlardan etkilenebilen uzun bir tedavi sürecini gerektirebilir. Ağrının geçirilmemesi ya da azaltılmaması ekonomik boyutta olduğu kadar psikolojik boyutta da hastayı etkilemekte ve ağrının kronikleşmesine yol açabilmektedir. Hemşireler, ağrı yönetim sürecinde önemli rol oynamaktadır. Etkili ağrı yönetimi için hemşirelerin, ağrının tanınması sürecinden başlayıp tedavisine kadar, çevresel faktörlerden ve yasalardan kaynaklanabilecek engellerin farkında olması gerekmektedir (Dalkılıç, 2017; Drake & de C Williams, 2019). Amerikan Ağrı Derneği ağrı duygusunu 1996 yılında beşinci yaşam bulgusu olarak kabul etmiştir. Bu nedenle hasta değerlendirilirken ağrı düzeyi ve yönetimi de göz önünde bulundurulmalıdır (Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

Ağrı deneyimi öznel ve yaşamın erken dönemlerindeki bireysel deneyimlerden etkilenebilir. Ağrı, kişinin günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede etkileyerek, çoğunlukla anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına neden olabileceğinden bireylerin yaşam kalitesini de azaltan bir etkiye sahiptir (Michaelides & Zis, 2019). Uzun süren ağrı ise bireyin aile ilişkilerinin bozulmasına ve rol değişikliklerine neden olmaktadır. İş yaşamında üretkenlik, özgüven kaybı, bedeniyle aşırı uğraşma, irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, psikomotor yavaşlama, libido azalması, sosyal çekilme gibi psikososyal durumlara yol açarak hastanın izole olmasına, pasifleşme ya da agresifleşmesine, yardımı geri çevirmeye ve bireylerin benlik saygısını da olumsuz olarak etkileyerek emosyonel değişikliklere yol açmaktadır (Dueñas ve ark., 2016).

Karın ağrısı, acil tıpta yaygın olan, kişilerin neredeyse yaşamında en az bir kez yaşadığı durumdur. Karın ağrısı tüm yaş gruplarını etkileyebilmekte, birçok nedene bağlı ortaya çıkmakta ve hastalık değil belirti olarak görülmektedir (Natesan ve ark., 2016). Çoğunlukla karın içi organlarda, özellikle de sindirim sistemine ilişkin organlara ait hastalıklarda görülen bir semptom olmakla birlikte periton dışında ve karının dışında diğer sistemlere ait hastalıklara bağlı olarak da gelişebilmektedir. (Dunlap & Patterson, 2020). Karın ağrısı, önemsiz olabildiği gibi yaşamı tehdit eden acil durumlara kadar değişen hastalıkları içerebilir. Akut karın ağrısı, disiplinler arası ekip çalışmasının zorunlu olduğu acil durumdur. Akut müdahale gereksinimi olan kritik hastaları erken aşamada saptamak ve uygun acil tedavi sağlamak için hızlı bir ilk değerlendirme ve risk sınıflandırması gereklidir (Michael ve ark., 2021).

Akut karın ağrısı ise bir haftadan daha kısa süren, travma dışı nedenlere bağlı oluşan karın içi ya da dışı organlardan kaynaklanan hastalıkların belirtisi olarak ortaya çıkan nedeni bilinmeyen bir semptomdur. Acil servislere (AS) başvuran hastaların %5-10'unun karın ağrısı şikâyeti ile başvurduğu belirtilmektedir (Lameris ve ark., 2007; Natesan ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda, hastaların yaklaşık %24-47'ünde hastaneye yatışı gerektiren cerrahi nedenler saptanırken, %31-53'ünde altta yatan hiçbir neden bulunamamıştır. Acil servisten taburcu edilen hastaların yaklaşık %3'ünün başvuruyu izleyen ilk üç hafta süresince tekrar tıbbi müdahaleye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Aslan ve ark., 2021). Akut karın, acil tedavi ve müdahale gerektiren bir durumdur. Bu nedenle akut karın ağrısı ile AS'e başvuran

hastalar hızlı değerlendirilerek tanı konmalı ve tedavisi düzenlenmelidir (Dunlap & Patterson, 2020).

Hastalığın subjektif olması ve öznellik taşıması, her bireyin farklı bir şekilde deneyimlenmesiyle kişilerin hastalığa olan yanıtı da farklıdır (Kocaman, 2010). Hastalığa verilen psikososyal tepkiler, bireyin ruhsal sağlığının bütünlüğünü koruyabilmek için ortaya çıkan tüm kognitif, davranışsal ve emosyonel yanıtları içerir. Kimi bireyler, öfke, anksiyete, umutsuzluk veya korku gibi yoğun duygular yaşarken, bazıları ise hastalık ile mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir gibi görünerek zorlanmaktadırlar. Hastanın, kişilik tipi, hastalık algısı, kişinin baş etme şekli ve savunma mekanizmaları hastanın stresöre olan cevabını etkileyen önemli parametrelerdir, ayrıca bu parametrelerin de birbirleri ile ilgisi bulunmaktadır (Aydın, 2019).

Hemşire fizyolojik bir hastalıkla karşılaşan bireye psikososyal alanda da bakım verebilmek için, hastanın tepkilerini tanımalı ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilmelidir. Hastayı tüm bu parametrelere göre değerlendirmesi gereklidir. Hemşirelik mesleğinde, insanların biyolojik ve psikososyal birer varlık olduğu, bütüncül boyutta bakım alabilmesi gerektiği ve hastalığın kendisinin değil, hasta bireyin iyileştirilmesine önem verilmesi gerektiği vurgulanır. Hemşireliği diğer sağlık disiplinlerinden ayıran en önemli durum budur. Teorik ve uygulama alanında psikososyal bakım hasta ve aile üyeleri ve hemşirelik için önemlidir (Kocaman, 2010). Literatürde psikososyal alanda uygulanan yaklaşımların hastada güven duygusu oluşumunu artırdığı, hastalığa bağlı oluşan olumsuz duygusal tepkilerle baş edebilme yeteneğini geliştirdiği, fiziksel şikâyetleri azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir (Ofıaz & Varol, 2010).

Her geçen gün acil servislere karın ağrısı şikâyeti ile başvuran hasta sayısı artmaktadır. Yapılan literatür taramasında acil servise akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyonu birlikte değerlendiren yeterince çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle araştırmanın yapılmasına karar verilmiştir. Acil servise akut karın ağrısı ile başvuru yapan hastaların ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon durumlarına ilişkin durum saptanması yapılarak tanımlayıcı bir veri tabanı oluşturulmuştur. Çalışma bulguları sonraki çalışmalara rehber olacak ve kanıta dayalı verilerin elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca

hasta bakım kalitesini artırarak hasta memnuniyetini de yükselteceği düşünölmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.



4. GENEL BİLGİLER

4. 1. Ağrı

Ağrı deneyimi evrenseldir ve insanoğlu yüzyıllar boyunca ağrı kavramını açıklamaya çalışmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği ağrıyı "gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya bu tür hasar açısından tanımlanan hoş olmayan bir duysal ve emosyonel deneyim" olarak tanımlanmaktadır (Stevens, 2021). Bu tanım, sağlık uzmanları ve ağrı alanındaki araştırmacılar tarafından geniş çapta benimsenmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dahil olmak üzere birçok resmi, profesyonel ve sivil toplum kuruluşu tarafından kabul edilmiştir (Raja ve ark., 2020; Sonneborn & Williams, 2020). Son yıllarda, ağrı alanında çalışan araştırmacılar ağrı tanımının yeniden yapılmasını önermişlerdir. Ağrı tanımı gerçek ya da olası doku hasarıyla ilişkili ya da buna benzer hoş olmayan bir duygusal ve duysal deneyim olarak güncellenmiştir (Raja ve ark., 2020).

Yeni 2020 IASP ağrı tanımı, yeni doğanlar, yaşlılar, entübe veya kritik hastalar, zihinsel engelli veya kendi kendine bildirimde bulunamayan kişiler gibi ağrı yaşayan ancak ağrılarını tarif edemeyen bireyleri daha kapsayıcı olacak şekilde değiştirilmiştir (Sonneborn & Williams, 2020). Bu tanım, nosiseptif, nöropatik ve nosiplastik ağrı dahil olmak üzere farklı patofizyoloji kökenlerinden kaynaklanan ağrı durumlarına uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Akut, sürekli veya kronik ağrıya uygulanabilir. Ağrı her zaman psikolojik, biyolojik ve sosyal etmenlerden farklı şekillerde etkilenen kişisel bir deneyimdir (Raja ve ark., 2020; Sonneborn & Williams, 2020). Öznel olan ağrı deneyimi; bireylerin deneyimlerinden, yaşadıkları durumlarla baş etme düzeyleri ve inançlarından, kişilik ve karakterlerinden, yaşadıkları kültür, anksiyete düzeylerinden de etkilenen bir kavramdır (Eti Aslan & Yıldız, 2017). Ağrı insanların ortak deneyimlerinden biridir ve karmaşık, hoş olmayan bir duygudur. Ağrı, bireyi biyopsikososyal yönden etkilediğinden iyi yönetilmesi gerekir. Devam eden ağrı bireyin aile yaşantısını, uyku düzenini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini, sosyal yaşantısını, iş verimini etkiler ve yaşam kalitesini düşürür (Dueñas ve ark., 2016).

Kronik ağrı prevalansının Latin Amerika, Asya ve Afrika ülkelerinde %13 ile %51 arasında değiştiği bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise %5,5 ile %60,4 arasında değişmektedir. Kronik ağrı prevalansı Almanya'da %18,4, Hong Kong'da %21,5,

Norveç'te %24,4, Danimarka'da %19 ve Amerika'da %20,4.olarak belirtilmiştir (Sa ve ark., 2019). Ülkemizde erişkin popülasyonda ağrı prevalansını değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Erdine ve arkadaşlarının 15 ili içeren çalışmalarında ağrı prevalansı %63,7 olarak saptanmıştır (Erdine ve ark., 2001).

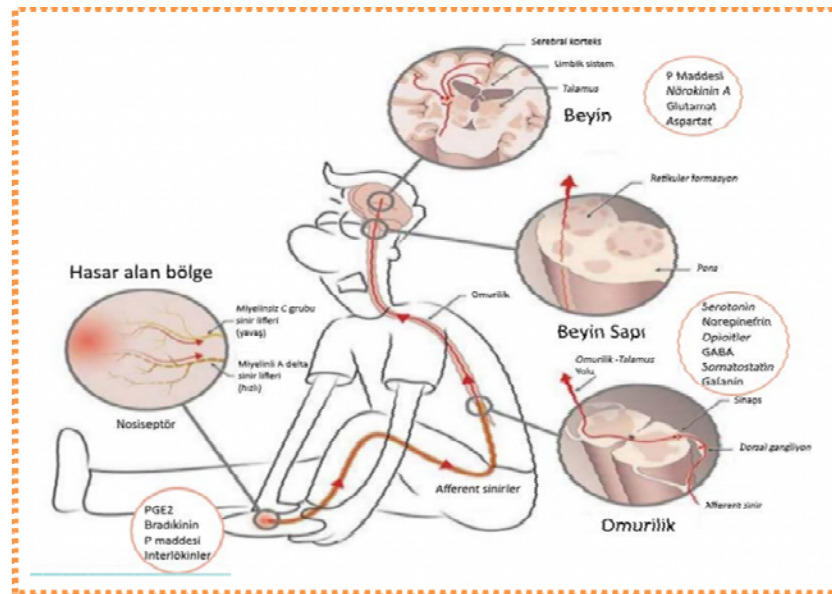
Organizma tarafından stresör olarak algılanan ağrı, kişilerde fizyolojik, psikolojik ve davranışsal bazı tepkilere neden olmaktadır. Akut ağrıda anksiyete yüksek olmakla beraber kronik ağrıda buna ek olarak depresyonda görülmektedir. Ağrı, uyku bozuklukları, tükenme, psikomotor yavaşlama, irritabilite, bedeniyle aşırı uğraşma, sosyal çekilme ve libido azalması gibi belirtileri ortaya çıkarmaktadır (Woo 2010; Dueñas ve ark., 2016). Hastanın yaşadığı bu duygular yardımı reddetmesine, izolasyonuna, pasifleşmesine ya da saldırgan olmasına yol açmaktadır. Bununla beraber bireyin benlik saygısı da ağrı nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Özellikle ağrı ile baş edemeyen bireylerde benlik saygısında azalma gözlenebilmektedir. Benlik saygısındaki azalmada sosyokültürel etkiler, öğrenme ve öğrenilmiş ağrı davranışlarının pekiştirilmesinin etkisi büyüktür (Edwards ve ark., 2016).

Ağrının sık kullanılan bir diğer tanımı da McCaffery'nin 1968'deki "Ağrı, deneyimleyen kişinin söylemine inanmak" tanımıdır. Hastalara sürekli ve farklı bakım sağlayan klinisyenler olarak hemşireler, ağrıdan etkilenebilecek günlük aktiviteler, fonksiyonlar ve hareketlerle ilgili objektif değerlendirmeleri ile subjektif ağrı değerlendirmesini desteklemede çok önemlidir. Hastanın ağrı bildirimine saygı gösterilmeli ve fonksiyonel aktivite skoru gibi objektif değerlendirmeler ile ağrı yönelik girişimler planlanmalıdır. Sözel bir açıklama ağrıyı belirten birkaç davranıştan sadece biridir; diğerleri arasında yüz buruşturma, kaşlarını çatma, fiziksel huzursuzluk, ayrıca yüksek kalp hızı ve kan basıncı gibi hemodinamik değişiklikler bulunabilir. Etkili ağrı girişimleri için hemşireler tarafından doğru ve geçerli ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır. Doğru ve güvenilir ağrı değerlendirmesiyle ağrı yönetim ve tedavi stratejileri belirlenebilir (Sonneborn & Williams, 2020).

4.1.1. Ağrının Fیزیopatolojisi

Ağrı fیزیopatolojisi karmaşık bir yol izler. Ağrı, herhangi bir bölgede meydana gelen yaralanma sonrasında özelleşmiş sinir hücrelerinin aktivasyonu ile başlar. Bu özelleşmiş sinir hücrelerine nosiseptör adı verilir. Zararlı uyaranları elektriksel

aktiviteye dönüştüren ve kodlayan duyu reseptörleri nosiseptörlerdir. Deri, kaslar, eklemler, kemikler vb. organ ve dokulardaki nosiseptörlerin kimyasal, mekanik ve termal uyarılar ile aktivasyonu sağlanır. Uyarının süresi, şiddeti ve sıklığı nosiseptörlerin aktivasyonu ile ilişkilidir (Solepure, 2020). Nosiseptörlerin uyarılması ile ağrı süreci başlar. Periferden başlayarak (deri, kemik, bağlar, kaslar ve diğer iç organlar) periferik sinirden geçerek omuriliğin dorsal boynuzuna ulaşır. Periferik sinirler A ve B (miyelinli) ve C (miyelinsiz) olarak sınıflandırılmaktadır. Uyarınlar A delta lifleri (hızlı) ile 6 ile 30 m/s, C lifleriyle (yavaş) 0,5 ile 2m/s arasındaki hızlarda omuriliğe iletilirler (Anwar, 2016). Ağrı döngüsünde, ağrılı uyarılara yanıt olarak nosiseptörler aktif hale gelir. Ağrı depolarizasyon aracılığıyla beyne iletilir. Depolarizasyon ile sodyum kanallarının aktivasyonu sağlanır ve sodyum-potasyum akımı başlar. Sodyum akımı spinal kordun dorsal boynuzundan veya beyin sapında yer alan trigeminal çekirdekten birinci derece nöron uçlarına iletim sağlanır. Alınan duyuşsal bilgiler daha sonraki aşamada spinal kordun dorsal boynuzunun içinden yani lamina-IV'ten küçük çaplı C liflerinin uçları ile yayılır. Oradan ise sinyallerin beyin sapı, talamus ve yüksek kortikal merkezlere iletimi sağlanır. Bu yapılar içinde yer alan elektrokimyasal sinyaller ise sinaptik aralığa glutamatın salınımı ve kalsiyum geçişi için kalsiyum kanalları aktive eder. Böylelikle ağrı sinyal iletimi tamamlanmış olur (Fong & Schug, 2014; Eti Aslan & Yıldız, 2017; Yağcı & Saygın, 2019; Solepure, 2020).



Şekil 1. Ağrı Fizyolojisi

<http://fizyoaktif.com.tr/?p=1190> (Erişim tarihi: 22.06.2022)

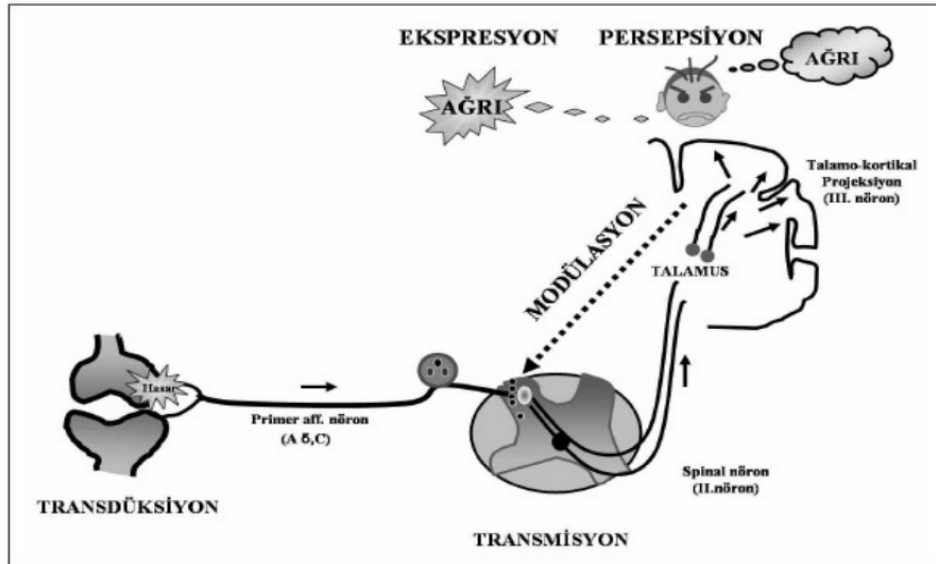
Dört aşamada ağrı algılanmaktadır. Bunlar; transdüksiyon, transmisyon, modülasyon, persepsiyondur.

- **Transdüksiyon:** zararlı olan uyaranlar (kimyasal, mekanik ve termal) periferik nosiseptörler üzerinde etki eder ve elektriksel aktiviteye dönüştürülür, dolayısıyla bir aksiyon potansiyeli ile sonuçlanır. Bu bir sinir impulsu olarak taşınır.

- **Transmisyon:** İmpulslar sensoriyal sinirler boyunca yayılır. Bilginin sinaptik aktarımı, omuriliğin dorsal boynuzundaki birinci ve ikinci sıra nöronlar arasında yer alan sinapsta meydana gelir.

- **Modülasyon:** İletilen ağrılı uyaran spinal kordda değişime uğramasıdır.

- **Persepsiyon:** Ağrının spinal kordte algılandığı son aşamadır (Anwar, 2016).



Şekil 2. Ağrının Algılanması

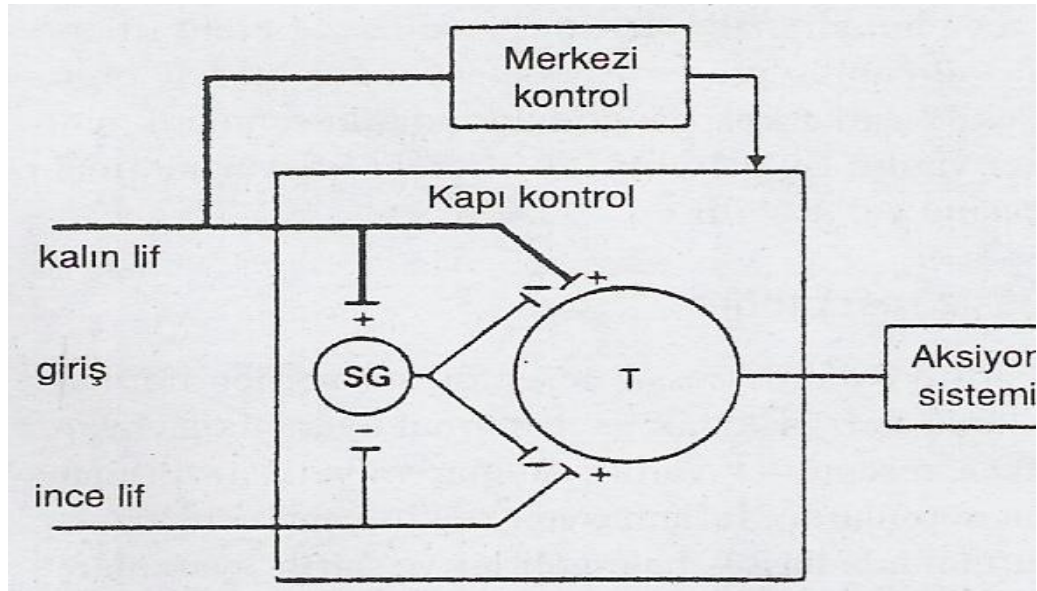
<http://fizyoaktif.com.tr/?p=1190> (Erişim Tarihi: 22.06.2022)

4.1.2. Ağrı Teorileri

Uzun yıllardır yeterince karmaşık olan ağrıyı tanımlayabilmek için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. 1800’lerde ortaya çıkan özgüllük teorisi yaklaşık olarak 100 yıl boyunca ağrıyı açıklamada popüler bir teori olarak kullanılmıştır. 1900’lü yıllarda ise bu teoriye karşıt olan şablon teorisi olarak adlandırılan bir teori ortaya atılmıştır. Ancak bu teoriler özellikle anksiyete ve depresyon gibi ağrı algılamasını değiştiren faktörleri yeterince tanımlayamadığı için yetersiz kalmıştır. Bu nedenle günümüzde

birçok farklı teori geliştirilmiştir. Bunlar; kapı kontrol, spesifite, pattern ve endorfin teorileridir (Yücel, 2014; Anwar, 2016; Yağcı & Saygın, 2019).

Kapı Kontrol Teorisi: Bu teori 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından geliştirilmiştir. Ağrının tanımlanmasında ve nörofizyolojisinde bir devrim niteliğindedir. Ağrıyı hem psikolojik hem de fiziksel boyutta açıklamaktadır. Merkezi sinir sisteminin önemi bu teori ile ortaya konmuştur (Solepure, 2020). Kapı kontrol teorisine göre; hasarlı bölgeden gelen uyarılar omurilikteki verici hücreye (T) C lifleri (miyelinsiz) ve A delta lifleri (miyelinli) ile taşınır. Taşınan bu uyarılar transmisyon hücreleri (T hücreleri) ve substansiya galetinosaya (SG) ile sinaps yapar. Substansiya galetinosaya gelen uyarıların gücü T hücrelerinin baskılanmasında etkilidir. T hücreleri ağrı duyusunun daha yüksek merkezlere iletilmesinin kapısıdır. Küçük liflerin uyarılması kapıyı açar ve büyük liflerin uyarılması kapıyı kapatır. Kapı açıksa ağrı duyusunun bilinç düzeyine ulaşması sağlanmış olur ancak kapının kapalı olduğu durumlarda alınan uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenir ve böylelikle ağrı kişi tarafından hissedilmez. Sıcaklık farkı, dokunma gibi ağrı oluşturmeyen uyarılar ile aktifleşen büyük sinirler tarafından ağrı kapısı kapatılır. Böylelikle ağrının farkına varılmaz (Anwar, 2016; Eti Aslan & Yıldız, 2017).



Şekil 3. Kapı Kontrol Teorisi

<https://www.fztkaya.com/kapi-kontrol-teorisi-nedir/> (Erişim Tarihi: 22.06.2022)

- **Spesifite Teorisi:** Bu teoride ise ağrının iletimi spesifik lifler aracılığı ile sağlanır. Ancak bu teorinin geçersizliği savunulmuştur (Eti Aslan & Yıldız, 2017).
- **Pattern Teorisi:** Ağrı duyusu uyaranın spinal korda girmesi ile hemen başlamaz bunun için uyarının birikmesi gerekir.
- **Endorfin Teorisi:** 1973 yılının ortalarına doğru vücut tarafından salgılanan ve narkotiklere benzeyen bir madde tanımlanmıştır. Bu madde endorfin olarak adlandırılmıştır. Endorfinler, ağrı uyaranının geçişini bloke edebilmek, uyaranın beyin düzeyine ulaşmasını önlemek amacıyla spinal kordun uç kısımlarında yer alan opioid reseptörlerde tutulur. Ağrı yönetiminde kullanılan Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) ve masaj gibi uygulamalar endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaktadır (Anwar, 2016; Eti Aslan & Yıldız, 2017).

4.1.3. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı, başlangıç süresi, kaynak aldığı bölge ve oluşma mekanizmasına göre üç farklı şekilde incelenebilir.

4.1.3. 1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırılması

- **Akut Ağrı:** Akut ağrı, bireyde bir saniyeden daha uzun ancak altı aydan daha kısa süren rahatsızlık durumudur. Aniden ve doku hasarı ile başlayan, lezyona neden olan yer, zaman ve şiddet ile yakından ilişkili olan ve iyileşme sürecinde tamamen yok olan ve giderek azalan ağrıdır. Akut ağrı enflamasyon, travma, doku hipoksisi ve enfeksiyon nedeniyle oluşur. Neredeyse her zaman nosiseptiftir. İşlevi organizmayı korumak, hasarı lokalize etmek ve sınırlamaktır. Otonom sinir sistemi aktivasyonuna ilişkin olarak hipertansiyon ve taşikardi gibi bulgular eşlik edebilir. Ağrı başlangıcından üç veya altı ay kadar bir süre geçmesine rağmen hala devam eden ağrılar kronik ağrı özelliği taşır. Ameliyat sonrası ağrı, renal kolik, miyokart enfarktüsü ve pankreatit akut ağrıya örnektir. Akut ağrı bir hastalık ya da sendrom değil bir semptomdur (Debbag & Khidnir, 2016; Yağcı & Saygın, 2019; Lee & Neumeister 2020).

- **Kronik Ağrı:** Kronik ağrı, akut bir hastalık durumundan ya da uygun bir iyileşme süresinden sonra devam eden ağrı ile ortaya çıkar. Bu süre bir-altı ay arası

olabilir. Ancak son zamanlarda bu kavram değişmiş ve beklenenden daha uzun süren ağrı, süresi ne olursa olsun kronik ağrı olarak değerlendirilmektedir. Kronik ağrı hem nöropatik hem de nosiseptif bileşenleri içeren, uyarıcı işlevi bittikten sonra yaşam kalitesini değiştiren, psikolojik faktörlerin klinik ve tedavinin etkinliğinde rol oynayan karmaşık bir tablodur. Nosiseptif, nöropatik bileşenler veya her ikisi birden kronik ağrıda bulunabilir. Kronik ağrılı birçok hastada akut ağrıdaki gibi otonomik yanıtlar yüksek olmayabilir. Ancak duygudurum bozuklukları ve uyku düzensizliği ortaya çıkabilir. Kronik ağrıda çevresel ve kişisel faktörler rol oynayabilir (Debbag & Khidnir, 2016).

4.1.3.2. Kaynak Aldığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması

- **Somatik Ağrı:** Ağrı somatik sinir lifleri ile iletilir. Sinir uçlarının kimyasal ya da mekanik uyarılarla uyarılması, innerve edilen yapıların iltihaplanması ve bağ dokusunda kronik gerilmeye neden olan patolojik olaylar ile gelişir. Derin ve yüzeysel olarak sınıflandırılabilir. Derin somatik ağrı eklemlerden, kemiklerden kaslardan ve tendonlardan, kaynaklanırken, iyi lokalizedir ve keskin, bıçaklayıcı, zonklayıcı ya da yakıcı ağrı özelliklerine sahiptir Yüzeysel somatik ağrı ise mukoza zarları, deri, deri altı dokulardan gelen uyarıcılarla gelişir. Somatik ağrıya en iyi örnek kırık ve travmalarda görünen ağrıdır (Anwar, 2016; Debbag & Khidnir, 2016).

- **Visseral Ağrı:** İç organların ya da bunların zarlarının (perikard, parietal plevra ve periton) anormal işlevi veya bozukluğu nedeniyle oluşan akut ağrıdır. Ağrı yavaş başlar ve sıkıcıdır. Lokalizasyonu zordur. Ağrının diğer bölgelere yansması olarak ortaya çıkabilir. Mide bulantısı, kusma gibi motor ve otonomik refleksler eşlik eder. Kalp ağrısının sol kola yansması ve diyafram ağrısının sol omuza yansması klasik örnekleridir (Debbag & Khidnir, 2016).

- **Sempatik Ağrı:** Ağrı, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile gelişir ve damar kaynaklı ağrı, refleks sempatik distrofi ve nedensellik örnekleridir. Hasta ağrıyan bölgede üşümekten şikayet eder. Distrofik değişiklikler vardır. Damarlardan köken alan ağrılar sempatik ağrıya örnek olarak gösterilebilir (Eti Aslan & Uslu, 2014).

4.1.3.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırması

- **Nosiseptif Ağrı:** Deri, bağ dokusu, kas ve iç organlardaki nosiseptörlerin fizyopatolojik olaylar ile uyarılması sonucu oluşur. Somatik veya viseral organ hasarı ile ilişkilidir. Genellikle nosiseptif ağrı tahmini doku hasarı ile ilişkilidir. Somatik ve visseral ağrılar bu tür ağrılara örnektir. Nosiseptif ağrıda tedavide nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), opioid analjezikler ve periferik sinir denervasyonu kullanılır (Debbag & Khidnir, 2016).

- **Nöropatik Ağrı:** Metabolik hastalıklar ya da periferik sinir travmasına bağlı ortaya çıkar. İnflamatuar ağrıdan farkı, sinir sistemi disfonksiyonu ya da birincil lezyona bağlı sinir hasarından çok sonra oluşmasıdır. Deafferantasyon reaktif ağrı olarak ortaya çıkar. Örnek olarak üremi, diyabet ile ilgili periferik nöropatiler ve nevralji örnek olarak verilebilir (Eti Aslan & Uslu, 2014).

- **Psikojenik Ağrı:** Depresyon ve anksiyete gibi ruhsal ve psikososyal problemlerin yoğunlaştığı dönemlerde ağrı olarak algılanan duygudur. Hipokondriyazis ve somatizasyon buna örnek gösterilebilir. Gerçekten ağrılı bir durum olsa da asıl problem psikolojiktir ve bireyin nörofizyolojik duyarlılığının artmasıyla birlikte önemsiz bir doku hasarı çok fazla hissedilir (Debbag & Khidnir, 2016).

4.1.4. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Günümüzde ağrı değerlendirmesinde kullanılan birden fazla tek ve çok boyutlu ölçekler yer almaktadır. Ağrıyı ölçmek ve değerlendirmek için kullanılan tek boyutlu ölçekler aracılığıyla doğrudan ağrı şiddeti ölçülürken aynı zamanda hastanın kendisi değerlendirmesini de yapabilmektedir. Özellikle akut ağrıyı değerlendirilmek amacıyla kullanılan tek boyutlu ölçekler ayrıca kişiye uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemek amacıyla kullanılmaktadır. Çok boyutlu ağrı ölçekleri ise, genellikle kronik ağrısı olan hastalarda ağrının şiddeti, yeri, özelliği ve zamanla ilişkisi gibi yönlerini değerlendirmek için uygulanmaktadır (Eti Aslan & Yıldız, 2017; Wooldridge, & Branney, 2020).

4.1.4. 1. Tek Boyutlu Ölçekler

- **Sözel Kategori Ölçeği:** Bu ölçek ile bireyin yaşadığı ağrı düzeyini tanımlayabilmesi için en uygun sözcüğü seçebilmesi sağlanır. Ağrının düzeyi hafiften dayanılmaz kadar sıralanmaktadır. Hasta durumuna uygun kelimeyi seçer (Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

- **Yüz İfadeleri Ölçeği:** Diğer ölçekler aktif kullanılmadığında uygulanır. Özellikle çocuklarda kullanılmakla beraber dil ve zihinsel yetersizliği olan hastalarda kullanılır (Kumar & Tripathi, 2014).

- **Sayısal Değerlendirme Ölçekleri:** Bu ölçekler sık ve kolay uygulanabilmektedir. Hasta ağrısını 0-10 ya da 0-100 arasındaki bir sayı ile belirtir. Düşük değerler ağrının azlığını, yüksek sayılar yoğun ağrıyı ifade eder (Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

- **Görsel Kıyaslama Ölçeği:** En çok kullanılan ağrı değerlendirme yöntemidir. "0: ağrı yok", "10: çok şiddetli ağrı" ifadesini gösterdiği, 10 cm.lik dikey ya da yatay bir cetveldir. Hem ağrı şiddetinin belirlenmesi hem de ağrı tedavisinin takip edilmesinde kullanılır (Kumar & Tripathi, 2014).

4.1.4. 2. Çok Boyutlu Ölçekler

Ağrının şiddetinden başka, ağrıya etki eden faktörler, niteliği, yeri gibi ağrının farklı boyutları hastaların ölçekteki sorulara cevap vermesiyle değerlendirilir. West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri, McGill Melzack Ağrı Soru Formu, Tanımlayıcı Diferansiyel Skala, Kısa Ağrı Envanteri ve Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi en fazla kullanılan ölçeklerdir (Kumar & Tripathi, 2014; Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

4.1.5. Ağrı Tedavileri: Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Ağrı kontrolünde kolay uygulanabilirliği ve hızlı etkisi nedeniyle en fazla seçilen tedavi yöntemi farmakolojik yöntemlerdir. Farmakolojik tedavide narkotik olmayan analjezikler, narkotik analjezikler ve adjuvan ajanlar kullanılmaktadır. Kullanılan analjeziklerin bilinçsiz ve/veya yoğun kullanımı birey ve ülke ekonomisine fazla yük, fizyolojik yan etki oluşturmaları ve özellikle narkotik ilaçların kullanımında

tolerans gelişme olasılığı gibi durumlar farmakolojik yöntemlerin dezavantajıdır (Kıyat, 2021).

Farmakolojik yöntemlerden başka farmakolojik olmayan yöntemlerde ağrı yönetiminde kullanılmaktadır. Tek olarak ya da farmakolojik yöntemler ile beraber uygulanabilir. Bu yöntemler farmakolojik tedavi kullanımını azaltmasının yanı sıra yöntemlerin kolay uygulanması, az maliyetli olması ve uzmana ihtiyaç olmaması gibi avantajları vardır. Sıcak-soğuk uygulama, masaj, müzik, gevşeme egzersizleri, TENS, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, yoga gibi farklı farmakolojik olmayan yöntemler ağrı yönetiminde kullanılmaktadır. Kanıt düzeyi yüksek uygulamaların bireysel farklılıklar dikkate alınarak kullanılması önerilmektedir (Small & Laycock, 2020; Kıyat, 2021).

4.1.6. Ağrıya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları ve Bakım

Hemşirenin en sık karşılaştığı sorunlardan birisi ağrıdır. Bu nedenle her hemşire ağrı yönetiminin etkinliğinden sorumludur. Hemşirenin doğru bilgi, tutum, davranış ve klinik karar verebilme yeteneği etkili ağrı yönetimi için gereklidir. Ağrı, yaşam bulguları içerisinde yer aldığı ve beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edildiği için ağrının değerlendirilmesi önemlidir. Bireyler arasında ağrı algısı ve ağrıya verilen yanıt farklılık gösterdiği için ağrı değerlendirmesi oldukça karışıktır. Günümüzde ağrı değerlendirmesinde tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini değerlendirmektedir. Aynı zamanda ağrıya yönelik uygulanan tedavilerin etkinliğinin değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır. Kronik ağrıda çok boyutlu ölçekler tercih edilmektedir (Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

Hastaya bütüncül bakımın başlıca sorumlusu olan hemşirenin ağrı yönetimi sırasındaki rolü vazgeçilmezdir. Hemşire sağlık ekibinin diğer üyelerine oranla hasta ile daha uzun süre vakit geçirdiği için etkili ağrı yönetiminde vazgeçilmez bir unsurdur. Hemşireler, ağrıya ilişkin güncel bilgi ve yayınları izlemeli, ağrı yönetimindeki görev yetki ve sorumlulukları içerisindeki girişimlerini artırmalı ve farklı ağrı yaklaşım süreçlerini incelemelidir (Dalkılıç, 2017).

Ağrısı olan hastaya uygulanan girişimlerde dikkat edilmesi gerekenler;

- Hastaya bütüncül olarak bakım uygulanmalıdır

- Ağrı nedeni farklı olsa da ağrı birey için bir yardım arayışıdır ve bu durum dikkate alınmalıdır
- Sağlık personelleri, hasta yakınları ve ağrıya ilişkin olabilecek yanlış inanış ve uygulamaları saptamalı ve düzeltmelidir
- Hastanın bilgi eksiklikleri belirlenmeli ve bu eksikliğe yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır
- Ağrının kaynağı belirlenmelidir
- Ağrı tedavisi için uygun önlemler alınmalıdır
- Ağrıyı arttırabilecek olan durumlar belirlenmeli ve giderilmelidir
- Hastanın daha önce ağrısını geçirmek amacıyla kullandığı yöntemler öğrenilmelidir
- Hasta ve hasta yakınları bakıma katılması için desteklenmelidir
- Hasta kullanılan farmakolojik yöntemlerin yanında farmakolojik olmayan yöntemlerinde kullanılması konusunda hasta cesaretlendirilmelidir
- Hemşire ağrı yönetimi için uygulanabilecek en uygun yöntemler hasta ile birlikte seçilerek uygulanmalıdır
- Hastanın var olan ağrısını geçirmek amacıyla uygulanacak olan tüm yöntemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Özellikle hangi yöntem uygulanacak ise o yöntemle ilgili hemşire hastayı hazırlamalı ve uygulanacak olan yöntemle ilişkin açıklama yapmalıdır (Dalkılıç, 2017; Sonneborn & Williams, 2020).

4.2. Akut Karın Ağrısı

Literatürde AS'e başvuran hastaların %70'inden fazlasının temel şikayetinin ağrı olduğu ve bu ağrının ise en fazla karın bölgesinde lokalize olduğu belirtilmiştir (Tcherny-Lessenot ve ark., 2003; Muntlin ve ark., 2011). Karın ağrısı, acil servislere başvuran hastaların en sık şikayetlerinden biridir ve başvuruların yaklaşık %4-5'ini oluşturmaktadır. Akut karın ağrısı, hafif olabileceği gibi yaşamı tehdit edici bir durum ile de sonuçlanabilir. Yetişkin bireylerin yaklaşık olarak %50'sinin karın ağrısı deneyimi yaşadığı ve bu durumda AS'e yapılan tüm başvuruların %5-10 kadarını oluşturduğu bildirilmekte ve karın ağrısı nedeniyle başvuran 65 yaş

üstündeki hastalarda ise ölüm riskini 6-8 kat arttırdığı belirtilmektedir (Abdullah & Firmanshy, 2012; Sayılan ve ark., 2017). Bir başka araştırma sonucuna göre ise ağrı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm AS ziyaretlerinin %45,4'ünü oluşturmaktadır. Karın ağrısı, bu ziyaretlerin %8'ini oluşturur (Knudsen-Lachendro ve ark., 2021). Yine farklı bir araştırma sonucuna göre akut karın ağrısı, AS'e başvuran hastalarda yaygın olarak bildirilen bir fiziksel belirtidir ve tüm AS başvurularının yaklaşık %6 ile %10'unu oluşturur (Li ve ark., 2021).

Karın ağrısı AS'e başvuran hastaların büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu nedenle karın ağrısının doğru ve yeterli düzeyde değerlendirilmesi bunun sonucunda da hastaya etkin tedavinin yapılması ve kaliteli bakımın verilebilmesi açısından karın ağrısı yeterince tanımlanmalıdır (Kaya ve ark., 2018).

Akut karın, acil tedavi ve müdahale gerektiren bir durumdur. Akut karına bir enfeksiyon, iltihaplanma, damar tıkanıklığı veya tıkanıklık neden olabilir. Hasta genellikle mide bulantısı ya da kusma ile birlikte ani başlayan karın ağrısı ile başvurur. Karın ağrısı, bir haftadan daha kısa sürer ve daha önce tanı konmamıştır (Dunlap & Patterson, 2020; Çıkman ve ark., 2015; Govender ve ark., 2021).

Gelişmiş tanı yöntemlerine rağmen, karın ağrısı tanısı hastaneye başvuran hastaların %35- 41'ine acil servise başvuranların ise yaklaşık %25'ine konulmaktadır. Farklılaşmamış karın ağrısı ile başvuran ve taburcu olan bireylerin %80'i, başvuru sonrası iki hafta içinde iyileşir ya da ağrısız duruma gelir (Dunlap & Patterson, 2020).

Karın ağrısı, periton boşluğundan, pelvisen, karın duvarından ve hatta karın dışından kaynaklanabilir. Akut karının yaygın nedenleri arasında akut apandisit, kolesistit, pankreatit ve divertikülit bulunur. Akut karına neden olan vasküler olaylar, mezenterik iskemi ve rüptüre abdominal aort anevrizmasını içerir. Obstetrik ve jinekolojik nedenler arasında rüptüre ektopik gebelik ve over torsiyonu yer alır. Üretral kolik ve piyelonefrit gibi ürolojik durumlar da akut karın ağrısı olarak ortaya çıkabilir (Abdullah & Firmansyah, 2012; Govender ve ark., 2021).

Karın muayenesi birincil değerlendirme, karın içi ağrının lokalizasyonu ve karın dışı ağrı nedeninin saptanması dahil olmak üzere hastanın genel durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılır. Hastanın genel görünümü ve yaşamsal bulguları değerlendirilir. Hastanın pozisyonu da dikkate alınmalıdır. Rektal ve pelvik

muayeneler yapılmalıdır. Bazı özel manevralar da tanı koymada etkilidir. Anamnez, laboratuvar testleri, fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin başlangıçta hem acil hem de acil olmayan olarak sınıflandırılan cerrahi ve cerrahi olmayan durumları ayırt etmeye yönelik olması önerilmektedir. Bu ayrımların yapılması bağlamında öykünün hastanın yaşı, ciddi durumlara yönelik fizik muayene ve uygun testler yapılmalıdır (Hijaz & Friesen, 2017; Aslan ve ark., 2021).

Akut karın ile başvuran hastalara tanı kesinleşinceye kadar tanıyı güçleştirecek ya da mevcut durumu daha fazla şiddetlendirecek herhangi bir işlem uygulanmamalıdır. Bu nedenle hastalara tanı konulmadan önce analjezik, antibiyotik verilmemeli ve lavman yapılmamalıdır (Turan ve ark., 2002).

Aslan ve arkadaşlarının AS de karın ağrısı yönetimini inceledikleri çalışmada; karın ağrısı ile başvuran hastaların anamnez ve fizik muayenelerinin tam ve eksiksiz olarak yapılması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca hızlı tanı konulması ve maliyetlerin azaltılması için özellikle cerrahi nedenli karın ağrısı düşünülen hastalarda ileri düzey görüntüleme yöntemlerinin erken dönemde istenmesi belirtilmiştir (Aslan ve ark., 2021).

Türker ve arkadaşlarının AS'e başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaları inceledikleri çalışmada ise AS'e travma dışı başvuran erişkin hastalarda fizik muayene ve anamnezin önemi tekrar vurgulanırken, fizik muayenede ise perküsyona gereken önemin verilmediği belirtilmiştir. Anamnez ve fizik muayene sonrasında sağlık personeline yardımcı olabilecek gerekli laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri ve gerekli konsültasyonların hızlıca yapılması, hastanın kesin tanısı konulup gerekli işlemlerin yapılmasının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca karın ağrısı olan hastaların AS'e karın ağrısını takip eden erken dönemde başvurmadığını, bu konuda halkın bilgilendirilmesi sağlanması ve bu konular hakkında da eğitim verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Türker Karacan ve ark., 2015).

Tablo 1. Akut Karın Ağrısı Nedenleri

Bağırsak hastalıkları	Akut apandisit
	Bağırsak tıkanması
	İntususepsiyon
	İç organ perforasyonu
	Divertikülit
	İnflamatuvar bağırsak hastalığı
Safra hastalıkları	Biliyer kolik
	Akut kolesistit
	Asendan kolanjit
Vasküler hastalıklar	Rüptüre aort anevrizması
	İskemik kolit
	Mezenter enfarktüsü
	Rüptüre dalak
Pankreatik bozukluklar	Akut pankreatit
Üriner bozukluklar	Renal ve üreterik kolit
	Pyelonefrit
	Akut üriner retansiyon
	Akut epididimo-orşit
	Akut testiküler torsiyon
Peritoneal/Retroperitoneal bozukluklar	Primer peritonit
	Retroperitoneal kanama
Jinekolojik bozukluklar	
Medikal bozukluklar	

(Çıkman ve ark., 2015; Eroğlu & Aksel, 2019, s. 208).

Tablo 2. Akut Karın Ağrısı Yönetimi

Etiyoloji	Değerlendirme Bulguları	Girişimler
• İnflamasyon • Kolesistit • Gastrit • Apandisit • Crohn hastalığı • Pylonefrit • Pankreatit • Ülseratif kolit	Abdominal / Gastrointestinal Bulgular • Yoğun, lokalize, keskin ve yanıcı şekilde karın ağrısı ve hassasiyet • Rebound hassasiyeti • Şişkinlik, katılık, bulantı/ kusma • Hematemez • Diyare • Melena	Başlangıçta; • Havayolu kontrolü • Maske / nazal kanülle O₂ tedavisi uygulanır • Ilık salin ya da Ringer Laktat solüsyonu verilir. Buna ilave olarak şoku önlemek için geniş lümenli damaryolu açılır. • Tam kan ve elektrolitler kontrol edilir, kan grubu belirlenir, amilaz ve gebelik testlerine bakılır. • Üriner kateter takılarak ve idrar analizi yapılır. • Nazogastrik tüp takılır (gerekli ise).
Vasküler Sorunlar • Mezenterik damarsal oklüzyon • Aortik anevrizma rüptürü	Hipovolemik Şok: • Kan basıncında düşme • Nabız basıncında düşme • Taşikardi • Nemli, soluk cilt • Bilinç düzeyinde azalma • İdrar çıkışında azalma	Monitörizasyon • Yaşam bulguları, O₂ satürasyonu bilinç düzeyi ve aldığı çıkardığı izlemi yapılır. • Ağrı düzeyi takip edilir • Kusma varlığı (içerik, miktar) izlenir • Cerrahi girişim gereksinimi belirlenir • Oral alım kısıtlanır.
Jinekolojik Sorunlar • Pelvik İnflamatuar Hastalığı • Rüptüre yumurtalık kisti • Rüptüre ektopik gebelik		
Enfeksiyöz Hastalık Salmonella/ E. Coli/ Giardia		
Diğer • Abdominal organ perforasyonu/ tıkanıklığı • Gastrointestinal kanama/ iskemi • Travma		

(Sayılan ve ark., 2017)

4.2.1. Karın Ağrısının Nedenleri

- **Akut Apandisit:** Akut apandisit, yıllık 100.000 yetişkin başına 96,5 ile 100 vaka insidansı ile dünyadaki en yaygın abdominal cerrahi acildir. Apandisit, vermiform apendiksin iltihaplanmasıdır. Vermiform apendiks kalın bağırsağın çekum bölümünün ucunda, genellikle karının sağ alt kadranda bulunan küçük, parmağa benzeyen, içi boş bir organdır. Apandisit, akut karın cerrahisinin en yaygın nedenlerinden biridir. Genellikle 5 ile 45 yaş arası görülür. Erkeklerde daha sık görülmekle birlikte her yaşta ortaya çıkabilir. Apandisit genellikle 24 saat içinde ortaya çıkan akut bir hastalık olmakla birlikte kronik olarak da ortaya çıkabilir (Téoule ve ark., 2020).

Akut apandisit bulantı, periumbilikal ağrı ve anoreksi semptomlarıyla başlar. Altı- sekiz sonra ağrı, karının sağ alt kadrana lokalize olur ve peritoneal bulgular ortaya çıkar. Komplike olmayan apandisitte, 38 °C kadar yükselen ateş ve genellikle hafif bir lökositoz görülür. Ateş ve lökositin yükselmesi durumunda perforasyon ve apse oluşumu açısından incelenmelidir. Düz karın grafisinin tanıda yararı yoktur ancak akut apandisiti düşündüren sağ alt kadrana lokalize olan ileus ya da sağ psoas kasında spazm gibi semptomlar görülebilir. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yardımcı olabilmektedir ve komplike olmayan olguların tedavisi apandektomidir (Bhangu ve ark., 2015).

- **Akut Kolesistit:** Akut safra kesesi inflamasyonudur. Safra kesesinin sistik kanal çıkışının %95 oranında taşla tıkanması sonucunda gelişir. Obezite ve sedanter yaşam en önemli ve önlenabilir risk faktörleridir. Aktivite düzeyinin artırılması, yağdan fakir diyet alımı ve yaşam tarzı değişikliği ile kolesistit riski azaltılabilir. Safra kesesi inflamasyonu akut olabileceği gibi kronikte olabilir. Fizik muayenede epigastrium, sağ üst kadrana ya da iki bölgede de hassasiyet en yaygın ve güvenilir bulgudur. Ağrı birkaç gün devam edebileceği gibi ağrıya ateş, taşikardi, safra kesesinin distansiyonundan kaynaklanan bulantı ve kusma da görülebilir. Tedavide tıbbi tedavi daha sonra kolesistektomi uygulanır (Gallaher & Charles, 2022).

- **Akut Pankreatit:** Pankreasın çeşitli düzeylerde etkilendiği ve geriye dönüşümü mümkün olan enflamasyon sonucu ortaya çıkar. Enflamasyon sonucunda oluşan bu durum sadece pankreası etkileyebileceği gibi peripankreatik dokulara veya diğer organlara da yayılabilir. Akut pankreatit, mortalitesi %2-10 arasında

değişmekte iken şiddetli akut pankreatitte ise mortalite %25'e kadar çıkabilmektedir. Klinik tabloda tıbbi tedaviye kısa zamanda yanıt veren olgular olduğu gibi, sistemik bulgulara neden olan sepsis ve/veya çoklu organ yetmezliğinin geliştiği şiddetli durumlarda ortaya çıkabilir. Tanı fizik muayene, anamnez, radyolojik bulgular ve serolojik test sonuçlarına göre konur. Akut pankreatit tedavisi hızlı sıvı resüsitasyonu, enteral ve parenteral beslenme, parenteral antibiyotikler, sepsis bulguları varlığında cerrahi debritleme, nekrozektomi ve pankreatik rezeksiyonu ile yapılır. Akut pankreatitte klinik semptomlar özellikle atağın şiddeti ve yaşa bağlı olarak değişebilir. Aniden ortaya çıkan periumblikal ağrı ve epigastrik ağrı, abdominal distansiyon, bulantı-kusma ve kas rijitidesi sık görülen bulgular arasındadır. En sık epigastrik bölgede ya da karının sol üst kadranında ağrı hissedilir. Bu ağrı genellikle sırt, göğüs ve üst karın bölgesine doğru yayılan sürekli devam eden ağrıdır. Ağrı genellikle şiddetlidir ancak hastalığın şiddeti ile doğru orantılı olmayabilir. Hastalığın seyri hafif ödemden yoğun bir nekroza ve hatta kanamaya kadar geçen süreçte şiddetini değiştirebilir (Boxhoorn ve ark., 2020).

- **Akut Divertikülit:** Divertikül, bağırsak mukozasının kas tabakasının arasından dışarıya doğru çıkarak kese biçiminde cep oluşmasıdır. İnce bağırsakların ve kolonun herhangi bir yerinde ortaya çıkabileceği gibi daha sık sigmoid kolonda görülür. Divertikülit ise, bakteri ya da besinlerin divertikül kesesi içinde enfeksiyon ve enflamasyon oluşturmaya bağlı gelişir. Divertikülit oluştuğundan sonra apse ya da perforasyona neden olarak batin içine drene olabilir (Hawkins ve ark., 2020).

- **Akut Gastroenterit:** Diyareiden önce kramp tarzında karın ağrıları ve hiperaktif bağırsak sesleri görülür. Karın, akut karına göre daha rahattır ve sıklıkla yüksek ateş eşlik eden bulgudur. Dizanterik şekilleri daha toksik olup gaita incelemesinde kırmızı küre ve lökosit hücreleri vardır. Dizanterik şekillerinin nedenleri Clostridium Difficile, Yersinia, Shigella, Entamoeba, invaziv E. Coli ve Salmonella gibi ajanlar olurken dizanterik olmayanların nedenleri noninvaziv E.Coli, Norwalk ajanı, Enterovirüs, Giardia, Rotavirüs gibi ajanlardır. Hasta geçmişinde önceden geçirilmiş bir karın cerrahisi varlığında parsiyel ince bağırsak tıkanması ile karışabilir bu açıdan dikkatli olunmalıdır. Tedavide sıvı replasmanı ve virüs kaynaklı olmayan şekilleri için antimikrobiyal tedavi uygulanır. Oral yoldan alınan ciprofloksasin tedavisi yararlıdır. Mikrobiyal ajan kesin olarak belirlendikten sonra uygun olan antibiyotik tedavisine başlanmalıdır (Turan ve ark., 2002).

• **İnce Bağırsak Obstrüksiyonu:** Ani başlayan, keskin periumbilikal bölgede ağrı ile karakterize tablodur. Ağrı başlangıcından sonra bulantı ve kusma ortaya çıkar, bu durumda hasta geçici olarak rahatlayabilir. Proksimal intestinal obstrüksiyonda epigastrik ağrıya eşlik eden safralı kusma içeriği görülür. Distal obstrüksiyonun tipik bir bulgusu ise daha az tekrarlayan ve fekaloid kusma ile birlikte kramp şeklindeki periumbilikal ağrıdır. Fizik muayenede hasta huzursuz ve rahatsızdır. Sıklıkla ateş, taşikardi ve ortostatik hipotansiyon görülür. Hiperaktif barsak seslerine genellikle abdominal distansiyon eşlik eder, perküsyon ve palpasyonda diffüz hassasiyet vardır ancak perforasyon ya da iskemi gibi bir komplikasyon oluşmadığı sürece peritoneal semptomlar saptanmaz. İskemi varlığında lökositoz oluşur (Turan ve ark., 2002; Vilz ve ark., 2017).

• **Abdominal Aort Anevrizması (AAA):** Bu anevrizma en yaygın anevrizma türlerinden biridir ve sıklıkla 40-70 yaş arası erkeklerde ortaya çıkar. Ateroskleroz ve hipertansiyon risk faktörleri arasındadır. Abdominal aort anevrizmasında aortada gelişen inflamasyonun damar duvarında zedelenme ve incelmeye yol açarak ateroskleroz için zemin hazırladığı düşünülmektedir. Aterosklerotik plaklar arterin daralmasına, sertleşmesine ve zayıflamasına neden olabilmektedir. Abdominal aort anevrizmasının çoğu asemptomatiktir. Bireyin karın bölgesinde ağrılı veya ağrısız nabız atımı hissetmesi en yaygın klinik bulgudur. Ancak abdominal, bel, yan ya da kasık ağrısı da görülebilir. Rüptüre olanlarda tanı koymak zordur (Arslan ve ark., 2019).

• **Dış Gebelik Rüptürü:** Karnın alt bölgesinde aniden başlayan ağrı ve karın içinde oluşan kanamaya bağlı hipovoleminin ve hatta şok tablosunun eşlik ettiği durumdur. Yeterince güvenli bir bulgu olmasa da menstruasyon döngüsünde gecikme hikayesi ayırıcı tanıda yardımcıdır. Pelvik muayenede kuldosentezde pıhtılaşmayan kan gelmesi, tuboovarian kitlenin varlığı önemli bir bulgudur. Ayrıca yapılan gebelik testinin pozitif olması ve pelvik ultrasonografide tanılmasında çok yararlıdır (Turan ve ark., 2002).

• **Akut Testis Torsiyonu:** Genellikle yenidoğan ve adolesan dönemde gelişen, spermatik kordun torsiyonuyla oluşan testise doğru olan kan akımındaki azalma nedeniyle cerrahi gerektiren acil durumdur. Yılda 18 yaşından küçük 100,000 erkekte 3,8'ini etkileyen acil cerrahi gerektiren bir durumdur. Testis torsiyonu klinik bir tanıdır ve hastalar tipik olarak tek taraflı, şiddetli akut skrotal ağrı, bulantı ve

kusma ile başvururlar. Öykü ve fizik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle hızlı tanı konmalıdır. Erken dönemde uygulanan tedavi ile hastaların fertilité düzeyleri korunabilmekte ve seks hayatlarının olumsuz etkilenmesini önlemektedir (Sharp ve ark., 2013).

- **İntussusepsiyon:** Bağırsağın bir kısmının hemen bitişikte yer alan segment içine doğru prolapsı veya iç içe geçmesi nedeniyle oluşur. Genellikle 6-18 aylık bebeklerde görülür. Hastalar akut başlangıçlı kolik tarzı karın ağrısı, dizleri göğse çekme ve ağlama ile başvururlar. Ağrının başlangıcından kısa bir süre sonra kusma meydana gelebilir. Kan ve mukusla karışık dışkı (kuş üzümü jölesi) ve sağ alt kadranda kitle vardır. Hızlı tanı konularak intussusepsiyonun tipine göre tedavi yapılır (Marsicovetere ve ark., 2017).

4.2.2. Karın Ağrısında Hemşirelik Bakımı

Karın ağrısı, basit bir durumdan yaşamı tehdit edebilecek önemli bir bulgu olabilir. Hastanın tanı aşamasında sistematik bir düzen izlenmelidir. Karın ağrısı ile başvuran hastalar detaylı olarak tanılanmalı, bu tanıya yönelik verilecek olan bakım planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Tüm bu aşamalarda hemşirelerin rolü önemlidir (Sayılan ve ark., 2017). Hemşireler sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hasta ile daha uzun süre birlikte olması, hastaya danışmanlık yapması ve uygulanan girişimlerin etkinliği değerlendirdiği için ağrı yönetiminde aktif rol almaktadır (Arlı, 2017). Hemşirelerin ağrı değerlendirme ve yönetiminde önemli rolleri olmasına karşın, yapılan çalışmalarda ağrı değerlendirme ve yönetiminin yetersiz olduğu ve ağrı tedavi yöntemleri konusunda eksikliklerin bulunduğu bildirilmiştir. Ağrı etkin değerlendirilerek yönetilmeli, ağrıya ilişkin komplikasyonlar multidisipliner bir ekip çalışması ile önlenmelidir (Courtenay & Carey, 2008; Şenyüz & Koçalışlı, 2017).

Akut karın ağrısı şikayeti olan hastanın değerlendirmesinde belirtilerin ne kadar süre önce başladığı, sıklığı, süresi, yeri ve ağrının karakteristik özelliği sorgulanmalıdır. Hastaların özellikle bulantı, kusma, iştah, hazımsızlık ve bağırsak alışkanlıkları sorulmalıdır. Daha önceki ameliyatları, ailede gastrointestinal sistemi kanser öyküsü, türü, diyet, egzersiz dahil yaşam tarzı ve sağlık uygulamaları, stres, sigara ve alkol tüketimi değerlendirilmelidir (Dunlap & Patterson, 2020). Fiziksel

muayene yöntemleri ile karın değerlendirilmeli ve ağrının yeri saptanmalıdır. Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler belirlenmelidir (Macaluso & McNamara, 2012).

Bu hastaların hemşirelik bakımı aşağıda özetlenmiştir.

- Hastanın ağrısına yönelik ilk olarak pozisyon verilmelidir. Hastanın rahat edebileceği pozisyon araştırılır mümkünse diz ve ayakları yükselterek semi-fowler (yarı oturur) ya da fowler (oturma) pozisyonu verilir. Hekim istemi doğrultusunda rutin analjezik ilaçlar ya da hasta kontrollü analjezi uygulanır. Uygulanan analjeziklere hastanın verdiği yanıt gözlenir. Ağrının şiddeti, özelliği ve lokasyonunda oluşan değişiklikler kaydedilir. Ayrıca hasta ağrı yönetiminde kullanılabilecek alternatif yöntemler hakkında bilgilendirilir.

- Hastanın yaşam bulguları, kilosu, aldığı çıkardığı sıvı miktarı, mukoz membranlar ve cildin nemlilik durumu değerlendirilir. Hematokrit, serum elektrolitleri, hemoglobin gibi laboratuvar değerleri takip edilir. Herhangi bir değişim olduğunda hekime bildirilir.

- Hekim istemine uygun olarak intravenöz sıvı-elektrolit tedavisi uygulanır.

- Cilt ve ağız bakımı yapılır. Cildin nemliliği ve mukoz membranlar değerlendirilir.

- Beslenme durumu, kilo değişimleri takip edilir. Gerekirse diyetisyenle iletişime geçilir ve hastaya uygun olan beslenme programının düzenlenmesine yardım edilir.

- Laboratuvar sonuçları değerlendirilir.

- Hastanın beslenme programı hakkında hastanın kendisi ve aile üyeleri bilgilendirilir ve beslenme programı oluşturulurken hastanın isteklerine dikkat edilir.

- Hasta ve aile üyelerinin anksiyete varlığı ve düzeyi belirlenir ve normal yaşamda baş etme yetenekleri değerlendirilir. Bu nedenle güven veren ve sakin bir yaklaşım biçimi izlenir. Hasta kendini ifade etmesine yönelik cesaretlendirilir ve dikkatli olarak dinlenir.

- Uygulanan tüm tedavi, girişim ve testler hakkında hasta ve aile üyelerinin bilgilendirilmesi sağlanır.

- Hastaya progresif gevşeme egzersizleri, meditasyon gibi gevşeme yöntemleri hakkında eğitim verilir (Sayılan ve ark., 2017).

4. 3. Hastalık algısı

İnsanların çoğu yaşamının belli dönemlerinde bir hastalık geçirmesine rağmen, bireylerin hastalık deneyimleri farklıdır. Bu farklılığı oluşturan faktörler bireyin hastalığa olan tepkisinde belirleyicidir (Sawyer ve ark., 2019). Hastalar yaşadıkları deneyimleri, bilgileri, inançları ve gereksinimlerine göre hastalıklarını anlatmaya çalışırlar (Kocaman ve ark., 2007). Hastalık algısı, bir hastanın tıbbi bir duruma ve olası sonuçlarına ilişkin bilişsel değerlendirmesi ve kişisel anlayışıdır (Broadbent ve ark., 2015). Aynı zamanda bireyin hastalık ile yaşamı ne şekilde deneyimlediğine ve zihinsel olarak nasıl çerçevelediğine odaklanır. Hastalık algısı, hastalık ile başa çıkma, hastalığı yönetme ya da tehdit edici olarak algılama becerisini etkileyebilecek olumlu ve olumsuz hastalık inançlarını kapsayabilir (Sawyer ve ark., 2019).

Hastalık algısı, bireylerin bireysel ve toplu deneyimlerini dikkate alarak sağlık ve hastalıkla ilgili farklı yönleri anlama biçimi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hastalık algısı, bireyin hastalığın patolojisi, semptomları, olası nedenleri, süresi, zaman içindeki değişimi ve olası sonuçları hakkında sahip olduğu bilgileri içerir. Birey hastalığa ilişkin bir semptom yaşadığında kendisinde inançlarına göre hastalığa yönelik tepki geliştirirler. Bundan sonra hastalık süreci başlar. Bireyin hastalığa yönelik tepkilerini, hastalığın başlangıcından önce yaşanan deneyimlere dayanan bireysel inançlar ve sağlık davranışına yol açan süreç etkiler. Sağlık davranışı ise, bireyin hastalığına bağlı olarak deneyimlerine ve duygusal tepkilerine anlam veren dış ve iç uyaranlardan bilgi eklediği etkileşimli bir sürecin sonucudur (Gomez ve ark., 2011).

Hastalık algısı, hastalık halinin bilişsel yansıması olarak da tanımlanabilir. Hasta bireyin hastalığına ait algısı, yorumu ve değerlendirmesi, geliştirdiği davranışsal ve duygusal tepkileri, baş etme yöntemleri, psikolojik bozukluk ortaya çıkması tedavi uyumunda ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli faktörler arasındadır (Kocaman ve ark., 2007).

4.4. Anksiyete

Anksiyete, bireylerin yaşamının belli bir döneminde yaşadığı, buna farklı fizyolojik bulguların eşlik ettiği, istenmeyen endişe, sıkıntı duygusu ve yaşantısı şeklinde tanımlanmaktadır. Anksiyetesi olan kişi her an kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belli olmayan bir endişe ve sıkıntı duygusu hisseder. Orta ve hafif düzeydeki anksiyete kişinin olgunlaşmasını ve belli bir amaca yönelmesini sağlarken, şiddeti anksiyete varlığında ise bireyin duygu durumu ve ruhsal yaşantısı bozularak panik oluşabilir (Çam & Engin, 2014).

Anksiyete genellikle herhangi bir hastalığa bağlı olmadan yaşamın belli dönemlerinde yaşanır. Çoğunlukla tehdit ya da kayıp olarak algılanan durumlarda anksiyete gelişebilir. Bunlar; hastalık tehdidi, rol ve statüye ilişkin sorunlar, benlik saygısında azalma, fiziksel, duygusal, sosyo-kültürel, ekonomik sorunlar, sevdiği bir kişinin kaybı, yaşamı ve kendini kontrol etmede yeterli olamama, bağımlılık, beklentilerin ve gereksinimlerin yeterince karşılanamaması vb. durumlardır. Anksiyete somatik ve psikolojik olarak ortaya çıkabilir. Her iki durumda da kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Cinsiyet, yaş, kültürel etkenler ve sosyoekonomik durum anksiyeteyi etkilemektedir. Baş ağrısı, kas sertliği, sırt ağrısı, yorgunluk, çarpıntı, solukluk, sıcak basması, nefes darlığı, baş dönmesi, terleme, göğüste sıkışma hissi, pupillerde genişleme, ağız kuruluğu vb. somatik belirtiler arasındadır (Yüksel, 2014).

Anksiyete, kişilerde değişik düzeylerde görülebilir. Şiddeti ve sürekliliği arttığında sorun oluşturabilir. Anksiyetenin önemli belirti olduğu ve bireyin uyumsuz bazı davranışları denetlemeye çabaladığı sırada yaşadığı durumlar anksiyete bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete bozukluklarında klinik açıdan önemli olan ruhsal ve davranışsal sorunlar vardır. Her bireyde farklı belirtiler görülebilir. Diğer bireylerin tehdit olarak algılamadıkları durumlarda bile anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler sürekli şiddetli endişe ya da korku yaşarlar (Şimşek & İspir, 2019). Anksiyete bozukluklarının, tüm psikiyatrik bozuklukların (%18) en yüksek yaşam boyu yaygınlık oranlarına sahip olduğu ve önemli ölçüde işlevsel bozulma ve ekonomik yük ile sonuçlandığı tahmin edilmektedir. Anksiyete bozuklukları, tedavi edilmediğinde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve azaltmaktadır (Wilmer ve ark., 2021).

Anksiyete bozuklukları, kronik ağrı popölasyonlarında psikolojik komorbiditede depresyondan sonra ikinci sıradadır. Anksiyete herkeste normal bir tepki iken, klinik anksiyete, normal işleyişı engelleyen korku duygularının yoğunluğunun artmasına ve uzamasına neden olur. Kronik ağrı ile anksiyete arasında depresyonda olduğu gibi güçlü bir ilişki göstermektedir. Anksiyetenin, ağrı deneyimlerinin şiddetlenmesine felaketleştirme, hipervijilans ve korkudan kaçınma bilişsel yapılarında önemli bir aracı olduğu düşünölmektedir (Woo, 2010).

Literatürde daha düşük anksiyete düzeyine sahip hastaların, daha yüksek anksiyeteye sahip olanlara kıyasla daha yüksek bir ağrı toleransı gösterdiği belirtilmiştir. Bu muhtemelen, çevresel tehditlere karşı artan dikkat ve algılanan ağrı ile ilişkili daha yüksek bir kaygı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Michaelides & Zis, 2019). Benzer şekilde Kapoor ve arkadaşları AS'e akut ağrı ile başvuran hastaları incelemiş ve ağrı yoğunluğunun felaketleştirme ve durumluk kaygı ile pozitif ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Ayrıca çalışmada rutin bir acil servis ziyareti sırasında yaşanan tanı işlemleri ve bekleme sürelerinin, hastanın kaygı ve genel ağrı deneyiminin algılanmasına katkıda bulunduğu öne sürölmüştür (Kapoor ve ark., 2016).

4.5. Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı herhangi bir hastalık ya da sakatlık durumunun bulunmaması değil kişinin ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır. Depresyon ve anksiyete gibi hastalıklar esas olarak ruhen iyilik halinin bozulması olarak tanımlansa da ortaya çıkardığı sonuçlar açısından hem fiziksel hem de sosyal açıdan iyilik halinin devam ettirilememesine yol açar (Anber ve ark., 2021).

Depresyon duygudurum bozukluklarından biridir. Duygudurum ise içsel olarak yaşatılan, bireyin dünyayı algılamasını ve davranışlarını değiştiren sürekli ve hakim duygu tonudur. Duygudurumunun dışı vurumu ise duygulanımdır. Duygudurum normal olabileceği gibi yükselmiş veya çökkünde olabilir. Depresyonda ise duygudurumunun çökkün hali görülür (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

Depresyonda enerjide azalma, kötü duygulanım, ilgi ya da alınan zevkin azalması en önemli bulgulardır. Konsantrasyonda ve özgüvende azalma, suçluluk

duygusu, kendine zarar verme düşüncesi, karamsarlık, uyku düzeninde bozulma, iştah ve uyku düzeninde değişim de diğer bulgular arasındadır. Bireyin mesleki ve sosyal rollerinde bozulma olur. Depresyon şiddeti semptomların tipi, sayısı ve yoğunluğuna göre belirlenir. Depresyon hafif, orta ve şiddetli olarak üç grupta incelenmektedir (Malhi & Mann, 2018; Kafes, 2021).

Bazı kanıtlar, geç başlangıçlı depresyonda genetik faktörlerin erken başlangıçlı depresyona oranla daha az rol oynadığını belirtmektedir. Yaşlılarda depresyon için tanımlanan potansiyel biyolojik risk faktörleri bulunmaktadır. Nörodejeneratif hastalıklar (özellikle Parkinson ve Alzheimer hastalığı), multipl skleroz, felç, epilepsi, kanser, makula dejenerasyonu ve kronik ağrıda depresyon oranları daha yüksektir. Yaşam olayları ve güçlükler, depresyon gelişimi için tetikleyiciler arasındadır. Sevilen birinin ölümü veya kaybı, sosyal desteğin azalması ya da yokluğu, bakım verenin yükü, ekonomik sorunlar, kişilerarası çatışmalar ve zorluklar gibi travmatik yaşam olayları depresyonu hızlandırabilecek stresör örnekleridir (Malhi & Mann, 2018).

Fiziksel herhangi bir hastalık depresyona yol açabileceği gibi depresyonun varlığı da fiziksel bir rahatsızlığa yol açabilir (Bair ve ark., 2003). Ağrının varlığı depresyonun tanınmasını ve tedavisini olumsuz etkiler. Ağrı orta ila şiddetli olduğunda, işlevi bozduğunda ve/veya tedaviye dirençli olduğunda, daha fazla depresif belirtiler ve daha kötü depresyon sonuçlarıyla (örneğin, daha düşük yaşam kalitesi, azalan meslek işlevi ve artan sağlık hizmeti kullanımı) ilişkilidir. Aynı zamanda, ağrısı olan hastalarda depresyon, daha yoğun ağrı şikayeti ve daha fazla bozulma ile ilişkilidir. Depresif bir örneklemede ağrı prevalansı ve ağrılı bir örneklemede depresyon prevalansı daha yüksektir. Ortalama olarak, depresyonu olan hastaların %65'i bir veya daha fazla ağrı şikayeti yaşar ve ağrı durumu olan hastaların %5 ile %85'inde (çalışılan ortama bağlı olarak) depresyon mevcuttur. Artan ağrı şiddeti, günlük aktiviteleri etkileyen ağrı, sık ağrı atakları, yaygın ağrı ve tedaviye dirençli ağrıların tümü daha depresif semptomlar ve daha şiddetli depresyon ile ilişkilidir. Ek olarak, ağrı şiddeti kötüleştikçe, fonksiyonel kısıtlamalar, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve iş fonksiyonu gibi diğer depresyon sonuçları da olumsuz etkilenir. Komorbid depresyonla birlikte ağrı, hastaneye başvuru sayısı ve daha yüksek sağlık bakım maliyetlerine de neden olmaktadır (Bair ve ark., 2003; Doan ve ark., 2015).

4.6. Anksiyete, Depresyon ve Ağrı İlişkisi

Anksiyete bozukluklarında komorbidite şiddetli semptomlar, kronik bir seyir ve daha büyük fonksiyonel bozulmaya neden olmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan bireylerin çoğu, genellikle başka bir anksiyete bozukluğu (%48-68) veya depresif bozukluk (%81) olmak üzere ek bir psikiyatrik bozukluğa sahiptir (Wilmer ve ark., 2021).

Anksiyete ve depresif bozukluklarda görülen belirtileri bir küme halinde üç grupta incelenmektedir Bunlar;

1. Yalnızca depresif bozukluklarda görülebilen semptomlar (zevk alamama, depresif duygudurum gibi)
2. Yalnızca anksiyete bozukluklarında görülebilen semptomlar (aşırı tedirginlik hali gibi)
3. Her iki bozukluğun varlığında ortaya çıkan semptomlar (iştah, uyku bozukluğu gibi) dir.

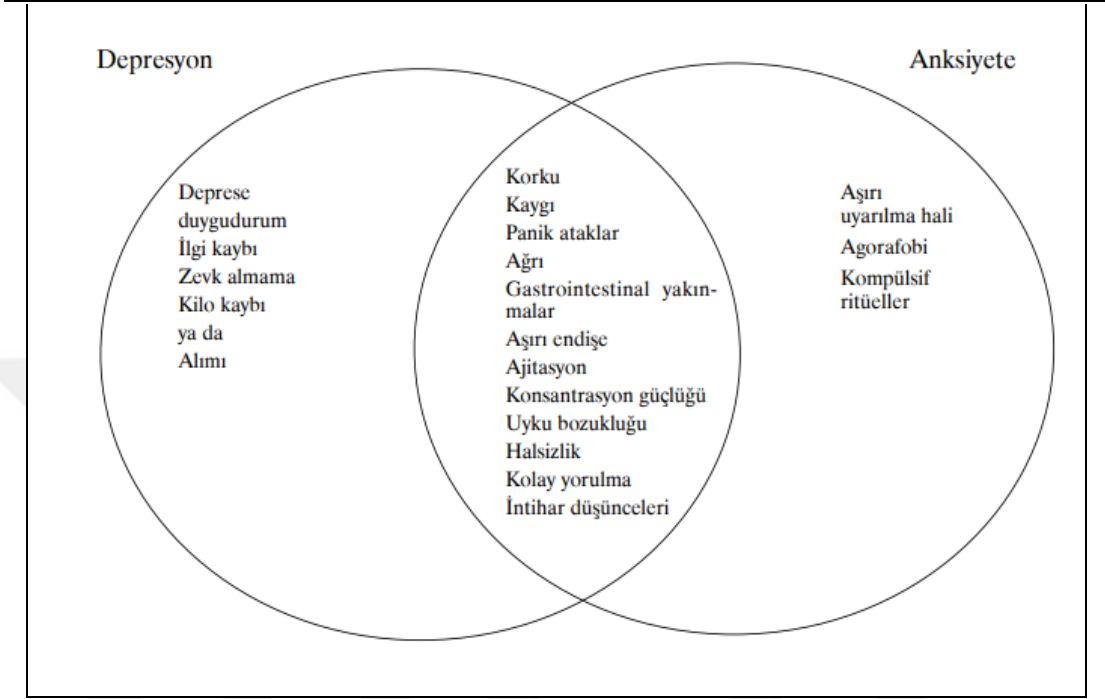
Matematikteki kümeler kuramı bu ilişkiyi açıklayabilir. Anksiyete bozuklukları kümesi ve depresyon kümesi birbirinden ayrı iki küme olsa dahi beraber epey geniş bir kesişim göstermektedir (Şekil 4). Anksiyete ve depresyon birbirlerinden bağımsız iki ayrı tanı olmakla birlikte birbirine benzer belirtiler gösteren iki problem ortaya çıkmaktadır. Semptomlardaki bu benzerliklerin dışında anksiyete ya da depresyon şikayetiyle başvuru yapan hastalarda çoğunlukla her iki problemin belirtileri birlikte bulunur. Tanıya ait ilişkiler açısından klinik uygulamada bu iki grup problemin semptomlarını gösteren hastalar 4 grupta incelenebilir.

1. grup hastalar depresyon tanısını almış ancak anksiyete bozukluğunun belirtileri olmasına rağmen anksiyete tanısı almayanlardan oluşur.

2. grup hastalar 1. gurubun tam tersi olarak bir anksiyete bozukluğu tanısı almış bu tanının yanı sıra depresif belirtilere sahip olup depresif bozukluk tanısı almayanlardan oluşur.

3. grup hastalar depresyon tanısını ve anksiyete tanısını birlikte alabilecek kadar yoğun belirtiler gösteren yani iki tanının bir arada olduğu hastalardır.

4. ve son grup hastalar ise depresyon ve anksiyete belirtilerini birlikte, karışık bir biçimde göstermekle beraber tek başlarına her ikisinin de tanıya ait ilişkiler açısından sınırı geçemediği vakalardır (Türkçapar, 2004).



Şekil 4. Anksiyete Depresyon İlişkisi

Ağrı, depresyon ve anksiyetede yaygın bir başvuru semptomudur ve birçok çalışmada, sırt ağrısı ya da boyun ağrısı gibi spesifik ağrı semptomları için bu ilişki araştırılmıştır. Kronik ağrı, depresif ve anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık %70'inde görülmektedir. Kronik ağrı ve depresyon iki yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ağrının neden olduğu işlev bozukluğunun sosyal izolasyona yol açabileceği ve bunun da depresif belirtiler üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, amigdala ve hipotalamus gibi farklı beyin bölgeleri hem depresyonda hem de ağrıda rol oynar. Bununla birlikte depresyon ve kronik ağrının birlikte görüldüğü durumlarda, hastalar çoğunlukla sadece fiziksel şikayetlerini belirttikleri ve buna yönelik tedavi aldıkları için depresyonun tanınması ve tedavisi zor olmaktadır. Günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu sadece ağrının depresyonla ilişkisini ele alırken, anksiyete bozuklukları ile ilişkisi daha az incelenmiştir. Depresyon ve anksiyete genellikle birlikte görüldüğünden, ağrı ve anksiyete ilişkisinin eşit

derecede önemli olması muhtemeldir. Ağrı, anksiyeteye neden olabilir, bu da sonuçta ağrı deneyiminin devam etmesiyle kişiyi ağrıya karşı daha duyarlı hale getirebilir (de Heer ve ark., 2014).

4.7. Ağrıyı Felaketleştirme

Ağrı nabız, kan basıncı, vücut ısısı ve solunumdan sonra beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir. Ağrının yönetiminde sadece semptomatik değil aynı zamanda hastaların psikolojik durumu da gözetilmelidir. Psikososyal faktörler birçok ağrı durumunda önemli birer moderatör ve belirleyici olarak rol oynamaktadır. Ağrıyı felaketleştirme durumu birçok bağlamda ve ağrıyı algılamada ortaya çıkan olumsuz bir durumdur (Luo ve ark., 2021). Ağrıyla ilgili felaketleştirme terimi gerçek/ beklenen ağrılı uyarı sonrasında ortaya çıkan bir dizi abartılı ya da olumsuz bilişsel ve duygusal şema olarak tanımlanabilir. Ağrıyı felaketleştirme, ağrılı uyarının tehdit etme değerini büyütme, ağrı durumunda çaresiz hissetme ve ağrılı uyarın ile karşılaşma beklentisiyle, uyarınla karşılaşma sırasında ya da sonrasında ağrı ile ilgili düşünceleri engelleyememe ile karakterizedir (Quartana ve ark., 2009). Ağrı kaygısı, geleceğe yönelik endişeleri ve ağrıyla ilgili endişeleri ifade eder. Ağrı felaketleştirme, ağrı hakkında abartılı düşüncelere atıfta bulunur ve ruminasyon, büyütme ve çaresizliği içerir (Fisher ve ark., 2018).

Olumlu psikolojik özelliklerin genellikle ağrı deneyimini azaltmasının aksine, belirli birkaç faktörün (bireyin acı verici deneyimler hakkındaki düşünme şekli gibi) ağrı algısını arttırabilir. Ağrıyı felaketleştirme, ruminasyon; ağrı hakkında tekrarlayan düşüncelerin varlığı, büyütme; ağrının ortaya çıkarabileceği olumsuz sonuçlar hakkında abartılı bir şekilde endişelenme ve çaresizlik; herhangi bir şeyin ağrıyı değiştirebileceğine inanmama ağrıyla ilgili düşüncelerin olumsuz bir şekilde büyütülmesi gibi bir bilişsel faktördür (Pulver & Hood, 2013).

Felaketleştirme, depresif belirtiler ve kaygı gibi genel olumsuz duygulanım ölçütleriyle olumlu bir ilişki içindeyken, aynı zamanda ağrıyla ilgili sonuçlar üzerinde benzersiz ve özel bir etki gösterir. Kas-iskelet ağrısı olan hastalarda yapılan çalışmalar, felaketleştirmenin, ağrı giderici girişimlerin etkinliğini bozan tedavi öncesi tek ve en önemli risk faktörü olduğunu göstermiştir. Ayrıca, felaketleştirme, kronik ağrı, ağrı ile ilgili sakatlık, artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve bel ağrısı ve

eklem ağrısı için artan ağrı duyarlılığı gelişimi için bir risk faktörüdür (Meints & Edwards, 2018).

Ağrı, hemşirelerin karşılaştığı en sık ve acil klinik durumlardan biridir. Hastaların ağrı algıları, özellikle kaygı, felaket belirtileri ve depresyon sergiliyorlarsa, deneyimlerini ve tedavilerini etkiler. Ağrı felaketleştirme, ağrının tehdit değerine ve acıyla başa çıkmak için çaresizlik duygularına katılma ya da bunları büyütme eğilimini içeren bilişsel ve duygusal bir değerlendirmedir. Bu nedenle, hemşireler klinik ortamlarda ağrı felaketleştirme bulgularını tanımalıdır. Yüksek ağrı yoğunluğu, anksiyete ve depresyon varlığı daha kötü tedavi sonuçlarına (işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi) neden olacağından hemşireler hastaların deneyimlerine yeniden odaklanmalarına yardımcı olmalıdır. Hastalar, daha fazla yaralanma korkusu ya da ağrı yönetimi ve sonuçlarını olumlu yönde etkilemek için güçsüz hissetmeleri nedeniyle ağrıyı felaketleştirme yaşayabilirler. Bu nedenle ağrıyı felaketleştirme durumu tanımlanmalı ve buna yönelik bakım verilmelidir (Thompson ve ark., 2022).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı kesitsel türdedir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Tıp Kliniği'nde 01.03.2021-31.03.2022 tarihler arasında yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Tıp Kliniği'ne akut karın ağrısı ile başvuran hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnek büyüklüğü Kaapor ve arkadaşlarının çalışmasındaki Ağrı Felaketleştirme Ölçeği ve anksiyete arasındaki korelasyon dikkate alınarak %25 korelasyondan sapma kabul edildiğinde $\alpha=0.001$ ve %99 güç ile en küçük örnek büyüklüğü 265 olarak hesaplandı (Kapoor ve ark., 2016). Araştırmaya 284 hasta dahil edildi. Ancak 7 hasta genel durumu kötü olduğu, 5 hasta çalışmaya katılmak istememesi ve 4 hasta anket sorularını cevaplamayı tamamlamadığı için çalışma kapsamına alınmadı. Araştırma 268 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran 18-60 yaş arasındaki hastalar
- Okuma ve yazması olan
- Bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan
- İletişime yönelik sorunu olmayan (dil, işitme ve konuşma sorunu vb)
- Karar verme yeteneğini etkileyebilecek herhangi bir hastalık/ bozukluğu olmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.)
- İş birliği ve iletişime açık olan

- Çalışmaya gönüllü olarak katılan hastalar dahil edildi.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Acil servise karın ağrısı şikayeti dışında başvuran hastalar
- 18 yaşın altında olan
- Herhangi bir psikolojik bozukluğu olan
- Genel durumu kötü ve soruları cevaplayamayacak olan
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

5.4. Araştırma Soruları

1. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri nedir?
2. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon arasında ilişki var mıdır?
3. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ağrı ile hastalık algısı arasında ilişki var mıdır?
4. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki var mıdır?

5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmanın; bağımlı değişkenleri; Visual Analog Skala (VAS), Mc Gill Melzack Ağrı Değerlendirme Ölçeği (MAÖ-KF), Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ), Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) puanlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb. değişkenlerdir.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, VAS, MAÖ-KF, AFÖ, KHAÖ ve HADS ile toplandı.

5.6. 1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)

İki bölümden oluşan kişisel bilgi formunda; birinci bölümde; hastaların cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, meslek, gelir ve eğitim düzeyleri bulunmaktadır. Hastaların hastalık geçmişi, ağrının özelliği, ağrı için yapılan uygulamalar, yaşam bulguları ise ikinci bölümde bulunmaktadır.

5.6.2. Visual Analog Skala (VAS) (Ek-6)

Hastaların ağrı düzeylerini saptamak için geliştirilmiştir. Kolay kullanılabilen, güvenilir ve hassas bir skaladır. Birey 10 cm.lik yatay ya da dikey çizgi üzerinde ağrısına 0 (sıfır)-10 arasında bir değeri işaretler. On dayanılmaz ağrıyı, sıfır ağrının olmadığını belirtmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Price ve ark. 1983; Kumar & Tripathi, 2014).

5.6.3. McGill Melzack Ağrı Ölçeği-Kısa Form (MAÖ-KF) (Ek-7)

Ölçek Melzack tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. McGill Melzack Ağrı Ölçeği-Kısa Form, ağrının duyusal özelliği, şiddeti ve etkisini değerlendirmektedir. ölçek üç bölüm içermektedir.

1. Birinci Bölüm: Ağrı özelliklerini tanımlayan 15 kelime grubunu yer alır. Bu maddeler ağrının duyusal (11) ve algısal (4) boyutlarını içerir. Kelimeler 0 ile 3 arasında derecelendirilmektedir (0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Fazla). Duyusal (0-33), algısal (0-12) ve toplam (0-45) ağrı puanı elde edilir. Artan puanlar ağrı artışını gösterir.

2. İkinci Bölüm: Bu bölümde "dayanılmaz ağrı" ile "hafif ağrı" arasında değişen beş kelime grubu ile ağrı şiddeti değerlendirilir.

3. Üçüncü Bölüm: hastanın şu andaki ağrı yoğunluğu VAS ile değerlendirilir (Yakut ve ark. 2007).

5.6.4. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) (Ek-8)

Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeği hızlı bir değerlendirme yapılmasına izin vermediği için Broadbent ve arkadaşları tarafından KHAÖ geliştirilmiştir. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sekiz soru ve neden olan faktörlerinde sorgulanması amaçlanan bir sorudan oluşmaktadır (Broadbent ve ark. 2006). Karataş ve arkadaşları (2017) Türkçe uyarlamasını yapmıştır. Türkçe ölçek formunda yedi soru ve neden olan faktörlerin sorgulandığı ek bir madde yer almaktadır. Ölçek, duygusal ve bilişsel hastalık algısı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölkeden 0-70 arasında puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar hastalık algısının olumsuz tepkilerini göstermektedir (Karataş ve ark., 2017).

5.6.5. Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği (AFÖ) (Ek-9)

Sullivan ve arkadaşları tarafından 1995’de geliştirilmiştir. Ölkekte hastaların ağrıya yönelik katastrofik düşünce ve duyguları, başa çıkma stratejilerinin etkinliği belirlenmektedir. Ölçek Likert tipinde, 13 maddeli bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Büyütme, ruminasyon ve çaresizlik olmak üzere alt boyutu vardır. Maddeler 0-4 arasında puanlanmaktadır ve toplam puan 0-52 arasındadır. Ölkeden alınan puanların yüksek olması felaketleştirme düzeyinin de yüksekliğini belirtmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uğurlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Uğurlu ve ark. 2017).

5.6.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) (Ek-10)

Hastaların hastanede anksiyete-depresyon düzeyini ölçmek amacıyla 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir. On dört maddeden oluşan ölkekte yedi madde anksiyete ile ilgili belirtileri ölçerken diğer yedi madde depresyon ile ilgili belirtileri ölçmektedir. Ölçek dörtlü Likert türünde olup 0 ile 3 arasında puanlamaktadır. Araştırmada ülkemizde HADS ölçeği ile ilgili çalışmalar dikkate alınarak depresyon alt ölçeği (HADS-D) için 7, anksiyete alt ölçeği (HADS-A) için kesme puanı 10 alındı. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Aydemir ve ark., 1997).

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Kurul'undan Etik kurul onayı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı. Araştırma verileri İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Tıp Kliniği'ne karın ağrısı ile başvuran, tetkikleri yapıldıktan ve hekim muayenesi tamamlandıktan sonra akut karın tanısı alan ve gözlem altında tutulan hastalardan elde edildi. Veriler anket formları aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 15-20 dakikalık bir sürede toplandı. Veriler COVID-19 pandemisi sürecinde toplandığı için pandemi kurallarına uyuldu. Anket formları acil tıp kliniğinde gözlem odasında hastanın sedyesinin bulunduğu alanda perde çekilerek uygulandı. Burada sadece araştırmacı ve hasta bulundu, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edildi. Anket formlarının uygulanması sırasında hasta ve araştırmacı maske taktı ve aynı zamanda araştırmacı cerrahi önlük de giydi. Anket formları uygulanmadan önce el hijyeni; el yıkama ya da el antiseptiği ile sağlandı. Hasta ile araştırmacı arasında en az 1,5 metrelik sosyal mesafe olmasına dikkat edildi. Formlar herhangi bir kişiye temas etmeden araştırmacı tarafından doldurularak ayrı bir torbaya konuldu. Anket formlarının doldurulmasında kullanılan kalem her uygulamadan sonra dezenfekte edildi. Toplanan anketler analiz edilmeden önce bir hafta süresince ağzı kapalı poşetlerin içerisinde bekletildi. Sedyeler her hastadan sonra dezenfekte edilerek yeni hasta dezenfekte edilmiş sedyeye alındı. Bu süreçte maske ve dezenfektan araştırmacı tarafından temin edildi.

5.8. Çalışma Takvimi/Çizelgesi

YAPILAN İŞLEMLER	TARİHLER						
	Eylül 2020	Ekim 2020	Kasım 2020	Aralık 2020	Mart 2021- Mart 2022	Mayıs- Haziran 2022	Temmuz- Ağustos 2022
Literatür taraması							
Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar							
Tez konusu ile ilgili materyallerin geliştirilme süreci							
Veri toplama için ön çalışmalar yapılması							
Veri toplama aşaması							
Verilerin analizi ve Değerlendirilmesi							
Tez Yazımı							

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verileri SPSS 15,0 paket programında değerlendirildi. Verilerin çözümlemesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde dağılımları, ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler kullanıldı. Shapiro Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Çözümleyici bulgularda tek değişkenli analizler (student t testi, ANOVA) ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servis bölümünde yapıldığı için elde edilen sonuçlar sadece bu hastalara genellenebilir. Veri toplama sürecinin COVID-19 pandemisini içermesi nedeniyle veri toplama süreci uzadı. Ayrıca acil servisin kaotik yapısı, başvuran hasta profilinin sosyolojik özellikleri, hastaların öncelikle tedavi olduktan sonra acil servisten hemen ayrılma istekleri ve bu ortamda oluşabilecek iletişim kazalarının yaşanması da veri toplama sürecini etkiledi. Bununla birlikte veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandığı için verilerin güvenilirliği hastaların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

Bunun yanı sıra hastaların anksiyete düzeyleri sadece anket formu ile değerlendirildi. ACTH ve kortizol düzeylerine kısıtlı bütçe nedeniyle bakılamaması da sınırlılıklar arasında kabul edilebilir. Ayrıca hastaların poliklinik hizmetine kısa sürede ulaşamaması, sağlık hizmetine erişim açısından acil servislerin daha ulaşılabilir olduğunu düşünmesine bağlı olarak bu birimlerde hasta yoğunluğu fazladır. Bu durum bekleme sürelerinin uzun olmasına yol açmaktadır. Hastaların bekleme süresince yaşadıkları belirsizlik anksiyete düzeylerini etkilemiş olabilir.

Aynı zamanda akut karın ağrısı çok farklı hastalıklarda görüldüğü için hastaların ağrı düzeyleri de bu durumdan etkilenmiş olabilir. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı da hastaların tanısı konduktan ve tedavileri yapıldıktan sonra gözlem bölümünde verilerin toplanmasıdır. Yapılan uygulamalar ve bekleme süresi hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu onayı (Ek-1), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik kurul onayı alındı (Ek-2). Çalışmanın uygulanabilmesi için T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (Ek-3). Araştırma kapsamına alınan tüm hastalara veri toplama öncesinde çalışmanın amacı ve önemi anlatılarak yazılı ve sözlü onamları elde edildi ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma kapsamı dışında bırakıldı (Ek-4). Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na uyuldu.

6. BULGULAR

6.1. Hastaların Kişisel Tanıtıcı Formlarına Yönelik Bulguları

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=268)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş Grubu		
Ort±SS: 35,14±12,59, (Min: 18,00, Maks: 71,00)		
35 yaş ve altı	162	60,4
36 yaş ve üzeri	106	39,6
Cinsiyet		
Erkek	129	48,1
Kadın	139	51,9
Beden Kitle İndeksi		
Ort ± SS: 24,88 ± 4,03, (Min: 16,85, Maks: 35,38)		
Normal kilolu ve altı (24,9 kg/m ² ve ↓)	139	51,9
Hafif şişman (25,00- 29,99 kg/m ²)	101	37,7
Şişman (obez) (30,00 ve ↑ kg/ m ²)	28	10,4
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	97	36,1
Lise	91	34,0
Üniversite	80	29,9
Medeni Durum		
Evli	141	52,6
Bekar/ Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor	127	47,4
Meslek		
Emekli/Ev hanımı	74	27,6
Memur	48	17,9
İşçi	89	33,2
Serbest Meslek	57	21,3
Gelir Düzeyi		
Ortalama ve ↑	210	78,4
Ortalamanın ↓	58	21,6
Çalışma Durumu		
Evet	176	65,7
Hayır	92	34,3
Yaşanılan Yer		
İl	224	83,6
İlçe	44	16,4
Sigara Kullanma Durumu		
İçen	154	57,5
Hiç İçmeyen	114	42,5
Alkol Kullanma Durumu		
İçen	126	47,0
Hiç İçmeyen	142	53,0

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer,

Akut karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $35,14 \pm 12,59$ ve %60,4 'ünün 35 yaş ve altı olduğu, grubun %51,9'unun kadınlardan oluştuğu, beden kitle indeksi ortalamasının $24,88 \pm 4,03 \text{ kg/m}^2$ ve %51,9'unun normal kilolu ve altında olduğu, %36,1'inin ilköğretim mezunu, %52,6'sının evli, %33,2'sinin işçi, %78,4'ünün ortalama ve üzerinde gelir düzeyinde olduğu, %65,7'sinin çalıştığı, %83,6 'sının ilde yaşadığı, %57,5'inin sigara içtiği ve %47'sinin alkol kullandığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Hastalık Hikayesine İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı (n=268)

Hastalık Hikâyesine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	n	%
Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu		
Evet*	31	11,6
Hayır	237	88,4
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Evet**	55	20,5
Hayır	213	79,5
Kronik Hastalıklar[†]		
Hipertansiyon	23	8,6
Kalp Hastalığı	15	5,6
Diyabet	10	3,7
Diğer kronik hastalıklar***	9	3,4
Yüksek kolesterol	8	3,0
GİS hastalıkları	8	3,0
Kas iskelet hastalıkları	6	2,2
Endokrin bozukluk	4	1,5
Periferik damar hastalığı	3	1,1
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Evet****	71	26,5
Hayır	197	73,5
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet*****	59	22,0
Hayır	209	78,0

*MI, diyabet, apandisit, akut böbrek yetmezliği, covid-19, böbrek taşı

**Antikouglan, antidiyabetik, antihipertansif, beta bloker ilaçlar

† Evet cevabı verenler listelenmiştir.

***Demir eksikliği anemisi, FMF, Gastrit, Gastroözofageal reflü

****Ameliyat olma, sezaryen doğum

*****Sezaryen, apandisit, burun ameliyatı

Hastaların hastalık hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı incelendiğinde; %11,6'sının daha önce önemli bir hastalık geçirdiği, %20,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %5,6'sının kalp hastalığı, %8,6'sının hipertansiyon, %3'ünün yüksek kolesterol ve gastrointestinal sistem hastalığı, %3,7'sinin diyabet, %1,5'inin endokrin

bozukluğu, %2,2'sinin kas iskelet sistemi hastalığı ve %3,4'ünün ise diğer kronik hastalıklarının olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Ağrılarına İlişkin Tanıtıcı Bulgularına Göre Dağılımı (n=268)

Hastaların Ağrılarına İlişkin Tanıtıcı Bulguları	n	%
Hastalıktan Şikayet Süresi (gün)		
Ort±SS: 2,74±3,42, Min: 1,00, Maks: 36,00		
Şikayet		
Ağrı	32	11,9
Karın Ağrısı	209	78,5
Sancı	11	4,1
Kasık, yan ağrısı, kabızlık, bulantı	16	5,1
Acil Servise Geliş Nedeni		
Karın Ağrısı	250	93,2
Karın Ağrısı, Bulantı, Kusma	9	3,4
Karın Ağrısı, Kasık ve Yan Ağrısı	9	3,4
Ağrının Yeri		
Karın Çevresi	166	61,9
Karından Kasıklara Yayılan	45	16,8
Karın ve Yan Ağrısı	57	21,3
Ağrının Başlama Zamanı (saat)		
Ort ± SS: 47,27 ± 41,07, (Min: 1,00, Maks: 168,00)		

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer,

Hastaların ağrılarına ilişkin tanıtıcı bulguları incelendiğinde; hastalıktan şikayet sürelerinin ortalama 2,74±3,42 gün olduğu, %78,5'inin karın ağrısı olduğu, %93,2'sinin acile karın ağrısı nedeniyle geldiği, %61,9'unun ağrının yerini karın çevresi olarak tanımladığı ve ağrının başlama zamanının ortalama 47,27±41,07 saat olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Ağrılarına Yönelik Uygulamaları ve Baş Etme Biçimlerine İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=268)

Hastaların Ağrılarına Yönelik Uygulamaları ve Baş Etme Biçimleri	n	%
Ağrıya Yönelik Uygulama		
Evet*	116	43,3
Hayır	152	56,7
Ağrı için İlaç Alma Durumu		
Evet**	106	39,6
Hayır	162	60,4
Normal Yaşantıda Çok Sık Ağrı Yaşama Durumu		
Evet	40	14,9
Hayır	228	85,1
Normal Yaşantıda Ağrı ile Baş Etme Yöntemi		
Ağrı Kesici Alma	148	55,2
Uyuma	37	13,8
Sıcak Uygulama	22	8,2
Ağrıyan Yere Masaj Yapma	21	7,8
Müzik Dinleme	13	4,9
Soğuk Uygulama	1	0,4
Diğer***	26	9,7

*Analjezik alımı, sıcak uygulama, bitki çayı içme

**Nonsteroid ilaç alımı,

***Bitki çayı içme, banyo yapma

Hastaların ağrılarına yönelik uygulamaları ve baş etme biçimlerine ilişkin bulguları incelendiğinde; %56,7'sinin ağrıya yönelik uygulamaları olmadığı, %60,4'ünün ağrı için ilaç almadığı, %85,1'inin normal yaşantılarında çok sık ağrı yaşamadığı ve %55,2'sinin normal yaşantılarında ağrı ile baş etmek için ağrı kesici aldığı saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Acil Serviste Kalış ve Sonlanış Durumlarına İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=268)

Hastaların Acil Serviste Kalış ve Sonlanış Durumları	n	%		
Acil Serviste Kalış Süresi (saat)				
Ort±SS: 7,50±7,20, (Min: 0,15, Maks: 29,00)				
Akut Karın Ağrısının Sonuçlanma Durumu				
Şifa ile taburcu	177	66		
Hastane içi başka servise sevk	65	24,3		
Başka hastaneye sevk	17	6,3		
Tedaviden vazgeçme	9	3,4		
Kayıt bilgisi yok	-	-		
Ölüm	-	-		
Hastanın Gönderildiği Servis				
Cerrahi servis	40	15,0		
Kadın doğum	17	6,4		
Nefroloji	10	3,7		
Enfeksiyon	4	1,5		
Diğer*	11	5,0		
Uygulanan Analjezik Türü				
NSAİ	164	61,2		
NSAİ+OPİOİD	56	20,9		
Diğer**	48	17,9		
Hastaların Yaşam Bulguları	Ort.	SS.	Min.	Maks.
Sistolik Tansiyon	122,98	13,88	90,00	185,00
Diastolik Tansiyon	71,03	10,30	45,00	100,00
Nabız	76,37	12,88	49,00	120,00
Solunum	20,69	3,89	11,00	30,00
Ateş	36,48	0,39	35,10	39,10

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer,

*üroloji, kardiyoloji, kalp damar, onkoloji, dahiliye

**Buscopan, metpamid, enema, hidrasyon

Hastaların acil serviste kalış ve sonlanış durumlarına ilişkin bulguları incelendiğinde; acilde kalış sürelerinin ortalama 7,50±7,20 saat olduğu, %66'sının şifa ile taburcu olduğu, %15'inin cerrahi servise gönderildiği, %61,2'sinin ise tedavisinde NSAİİ ilaç uygulandığı saptandı (Tablo 7).

6.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik Bulgular

Tablo 8. Ağrı İçin Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular (n=268)

Kullanılan Ölçekler	Ort. $\pm$ SS.	Min.- Maks.	Ölçeklerden Alnabilecek Min - Maks. Puanlar
Visual Analog Skala (VAS)	5,35 $\pm$ 1,56	0,00-9,00	0,00-10,00
Mc Gill Melzack Ağrı Ölçeği-Kısa Form			
Duyusal	9,30 $\pm$ 5,84	0,00-33,00	0-33
Affektif	2,82 $\pm$ 3,60	0,00-12,00	0-12
Toplam	12,12 $\pm$ 8,79	0,00-45,00	0-45
Ağrı Şiddeti	5,57 $\pm$ 1,59	2,00-10,00	0-10
Ağrı Yoğunluğu	2,54 $\pm$ 0,85	1,00-5,00	1-5
Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği			
Ruminasyon	9,44 $\pm$ 4,24	0,00-16,00	0-16
Büyütme	6,66 $\pm$ 3,18	0,00-12,00	0-12
Güçsüzlük	12,14 $\pm$ 6,44	0,00-39,00	0-24
Toplam	28,26 $\pm$ 12,74	0,00-52,00	0-52
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği			
	Ort. $\pm$ SS.	Min.-Maks.	0-21
HAD-Anksiyete	8,54 $\pm$ 4,56	0,00-21,00	
HAD-Anksiyete Kategorik	n	%	
Kesme noktası altı (0-10)	187	69,8	
Kesme noktası üstü (11-21)	81	30,2	
HAD- Depresyon	Ort. $\pm$ SS.	Min.-Maks.	0-21
	8,53 $\pm$ 4,82	0,00-21,00	
HAD-Depresyon Kategorik	n	%	
Kesme noktası altı (0-7)	106	39,6	
Kesme noktası üstü (8-21)	162	60,4	
Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Ort. $\pm$SS.	Min.-Maks.	0-70
	32,27 $\pm$ 5,36	14,00-51,00	

Ort: Aritmetik Ortalama, *SS:* Standart sapma, *Min:* En küçük değer, *Maks:* En büyük değer,

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalama puanları VAS-ağrı: 5,35 $\pm$ 1,56 (min: 0,00-maks:9,00), MAÖ-KF- Duyusal:9,30 $\pm$ 5,84 (min:0,00- maks:33,00), MAÖ-KF- Affektif 2,82 $\pm$ 3,60(min:0,00- maks:12,00), MAÖ-KF-Toplam:12,12 $\pm$ 8,79 (min:0,00- maks:45,00), MAÖ-KF- Ağrı Şiddeti: 5,57 $\pm$ 1,59 (min:2,00- maks:10,00) ve MAÖ-KF- Ağrı Yoğunluğu: 2,54 $\pm$ 0,85(min:1,00- maks:5,00) olarak belirlendi. Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği toplam puan ortalaması: 28,26 $\pm$ 12,74 (min:0,00- maks:52,00), Ağrıyı felaketleştirme ölçeği- Ruminasyon: 9,44 $\pm$ 4,24 (min:0,00- maks:16,00), Ağrıyı felaketleştirme ölçeği- Büyütme: 6,66 $\pm$ 3,18 (min:0,00- maks:12,00) ve Ağrıyı felaketleştirme ölçeği- Güçsüzlük: 12,14 $\pm$ 6,44 (min:0,00- maks:39,00) olarak saptandı. HAD-Anksiyete puan ortalaması: 8,54 $\pm$ 4,56 (min:0,00- maks:21,00) ve HAD-Depresyon: 8,53 $\pm$ 4,82 (min:0,00- maks:21,00) olarak bulundu.

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması ise $32,27 \pm 5,36$ (min:14,00- maks:51,00) olarak belirlendi (Tablo 8).

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ölçeklerin karşılaştırılması Tablo 9'da gösterildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanları karşılaştırıldığında; Yaş ile AFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=3,384$, $p=0,001$). 35 yaş ve altındaki hastaların AFÖ puanları daha yüksektir ($30,35 \pm 12,46$). Diğer ölçekler ile anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Cinsiyet ile HADS- anksiyete ($t=-3,182$, $p=0,002$) AFÖ toplam puan ($t=-4,241$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kadınların anksiyete ve AFÖ puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim düzeyi ve AFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($F=5,753$, $p=0,004$). Eğitim düzeyi ilköğretim olanların AFÖ puanları daha yüksek bulundu ($30,47 \pm 13,44$).

Meslek ile Mc Gill Melzack toplam puanı ($F=5,249$, $p=0,002$) ile AFÖ ($F=5,528$, $p=0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Serbest meslek grubunda olanların Mc Gill Melzack toplam puanları yüksek bulunurken emekli/ev hanımı olanların ise AFÖ puanları daha yüksek belirlendi.

Çalışma durumu ile HADS depresyon ($t=-3,002$, $p=0,003$) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ($t=3,013$, $p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı Çalışmayanların HADS depresyon oranları yüksek bulunurken çalışanların ise Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puanları daha yüksek bulundu.

Beden kitle indeksi, medeni durum, yaşanan yer, sigara kullanımı ve alkol kullanımı ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10'da araştırmaya katılan hastaların hastalık öyküleri ile HADS-Anksiyete, HADS- Depresyon, Mc Gill Melzack, ağrı şiddeti, AFÖ ve KHAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

6.3. Hastalar ve Ölçek Sonuçları

Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268)

Değişkenler	Sayı	HADS Anksiyete	HADS Depresyon	Mc Gill Melzack Toplam	Ağrı Şiddeti	Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği Toplam	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş							
35ve altı	162	9,04±4,82	8,96±5,12	13,26±9,13	5,62±1,56	30,35±12,46	32,36±5,64
36 ve üstü	106	7,78±4,04	7,89±4,27	10,40±7,80	5,52±1,66	25,06±12,57	32,12±4,94
Test İstatistiği	268	t=2,216, p=0,028	t=1,783, p=0,076	t=2,634, p=0,009	t=0,492, p=0,623	t=3,384, p=0,001	t=0,360, p=0,719
Cinsiyet							
Erkek	129	7,63±4,51	7,80±4,59	11,50±8,72	5,45±1,66	24,94±11,51	32,45±5,50
Kadın	139	9,38±4,46	9,20±4,94	12,70±8,86	5,70±1,54	31,34±13,09	32,10±5,25
Test İstatistiği	268	t=-3,182, p=0,002	t=-2,399, p=0,017	t=-1,117, p=0,265	t=-1,271, p=0,205	t=-4,241, p=0,000	t=0,531, p=0,596
Beden Kitle İndeksi (BKİ)							
Normal kilolu ve altı	139	8,80±4,86	8,66±5,08	12,45±8,78	5,62±1,50	27,91±12,69	32,45±5,26
Hafif şişman	101	8,28±4,36	8,05±4,52	11,30±8,79	5,38±1,79	27,54±12,28	32,50±5,60
Şişman (obez)	28	8,21±3,73	9,64±4,54	13,46±8,93	6,11±1,23	32,57±14,25	30,54±4,86
Test İstatistiği	268	F=0,460, p=0,632	F=1,301, p=0,274	F=0,857, p=0,426	F=2,405, p=0,092	F=1,824, p=0,163	F=1,642, p=0,196
Eğitim Düzeyi							
İlköğretim	97	8,40±4,92	8,96±5,23	13,41±10,01	5,77±1,66	30,47±13,44	32,13±5,69
Lise	91	8,74±4,73	8,86±5,00	12,43±7,71	5,46±1,48	29,34±12,79	32,22±5,35
Üniversite	80	8,49±3,93	7,65±3,97	10,22±8,13	5,47±1,65	24,35±10,98	32,49±5,01
Test İstatistiği	268	F=0,133, p=0,876	F=1,936, p=0,146	F=3,004, p=0,051	F=1,130, p=0,325	F=5,753, p=0,004	F=0,100, p=0,905
Medeni Durum							
Evlü	141	8,98±4,77	8,86±4,78	12,48±9,33	5,47±1,54	28,86±13,44	32,30±5,10
Bekar/Dul/Boşanmış	127	8,05±4,28	8,16±4,868	11,73±8,17	5,69±1,66	27,60±11,94	32,23±5,66
Test İstatistiği	268	t=1,660, p=0,098	t=1,187, p=0,236	t=0,696, p=0,487	t=-1,113, p=0,267	t=0,807, p=0,420	t=0,117, p=0,907

Tablonun Devamı

Meslek							
Emekli/Ev hanımı	74	9,10±4,82	9,85±5,04	13,42±9,89	5,70±1,64	32,53±14,75	30,78±5,78
Memur	48	8,42±3,87	8,10±3,88	10,19±8,11	6,64±1,67	24,46±9,75	33,50±4,51
İşçi	89	8,89±4,05	7,99±5,98	10,17±6,88	5,41±1,51	26,02±11,27	32,37±4,56
Serbest meslek	57	7,37±5,33	8,03±4,82	15,14±9,54	5,61±1,63	29,42±12,87	33,00±6,24
Test İstatistiği	268	F=1,836, p=0,141	F=2,594, p=0,053	F=5,249, p=0,002	F=0,491, p=0,689	F=5,528, p=0,001	F=3,174, p=0,025
Gelir Düzeyi							
Ortalama ve ↑	210	8,34±4,45	8,22±4,77	12,17±8,90	5,61±1,59	27,80±12,70	32,40±5,23
Ortalamanın ↓	58	9,26±4,90	9,65±4,88	11,96±8,47	5,45±1,63	29,91±12,89	31,79±5,84
Test İstatistiği	268	t=-1,355, p=0,177	t=2,011, p=0,045	t=0,158, p=0,875	t=0,699, p=0,485	t=-1,116, p=0,265	t=0,762, p=0,447
Çalışma Durumu							
Evet	176	8,25±4,21	7,90±4,23	11,19±8,17	5,50±1,56	28,65±13,03	32,97±5,04
Hayır	92	9,10±5,14	9,74±5,62	13,92±8,68	5,73±1,66	26,27±11,09	30,92±5,73
Test İstatistiği	268	t=-1,447, p=0,149	t=-3,002, p=0,003	t=-2,440, p=0,015	t=-1,110, p=0,268	t=1,133, p=0,258	t=3,013, p=0,003
Yaşanılan Yer							
İl	224	8,31±4,63	8,30±5,00	12,18±8,91	5,50±1,61	28,65±13,03	32,28±5,49
İlçe	44	9,70±4,06	9,73±3,56	11,84±8,26	5,95±1,49	26,27±11,09	32,23±4,74
Test İstatistiği	268	t=-1,859, p=0,064	t=-1,803, p=0,073	t=0,235, p=0,814	t=-1,712, p=0,088	t=1,133, p=0,258	t=0,056, p=0,955
Sigara Kullanımı							
İçen	154	8,36±4,83	8,90±5,14	12,97±9,36	5,58±1,58	28,37±13,11	32,83±5,52
Hiç içmeyen	114	8,79±4,18	8,03±4,34	10,98±7,86	5,57±1,63	28,11±12,29	31,50±5,07
Test İstatistiği	268	t=-0,766, p=0,444	t=1,458, p=0,146	t=1,841, p=0,067	t=0,072, p=0,943	t=0,162, p=0,871	t=2,007, p=0,046
Alkol Kullanımı							
İçen	126	7,98±4,90	8,42±5,43	13,05±9,48	5,59±1,61	27,36±12,96	32,56±5,83
Hiç içmeyen	142	9,04±4,19	8,63±4,23	11,31±8,08	5,57±1,60	29,06±12,55	32,01±4,92
Test İstatistiği	268	t=-1,919, p=0,056	t=-0,360, p=0,719	t=1,619, p=0,107	t=0,086, p=0,931	t=-1,094, p=0,275	t=0,824, p=0,410

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer,
t= Student t Testi, F=OneWay Anova Testi

Tablo 10. Hastaların Hastalık Öyküleri ve Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268)

Değişkenler	Sayı	HADS Anksiyete	HADS Depresyon	Mc Gill Melzack Toplam	Ağrı Şiddeti	Ağrıyla Felaketleştirme Ölçeği Toplam	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Daha Önce Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu							
Evet*	31	9,00±4,60	7,87±4,85	13,61±9,79	6,06±1,63	31,84±13,24	33,23±4,58
Hayır	237	8,48±4,56	8,67±4,82	11,93±8,66	5,51±1,59	27,79±12,63	32,14±5,45
Test İstatistiği	268	t=0,595, p=0,552	t=-0,813, p=0,417	t=1,000, p=0,318	t=1,807, p=0,072	t=1,667, p=0,097	t=1,057, p=0,291
Sürekli İlaç Kullanma Durumu							
Evet**	55	8,56±4,54	8,56±4,74	13,42±9,79	5,85±1,78	28,60±13,74	32,40±5,23
Hayır	213	8,53±4,58	8,52±4,86	11,79±8,51	5,51±1,55	28,17±12,51	32,23±5,41
Test İstatistiği	268	t=0,041, p=0,967	t=0,052, p=0,959	t=1,222, p=0,223	t=1,439, p=0,151	t=0,221, p=0,825	t=0,203, p=0,839
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu							
Evet***	71	8,49±4,53	8,42±4,61	12,31±8,23	5,84±1,48	29,60±13,85	31,55±5,12
Hayır	197	8,56±4,59	8,57±4,91	12,01±9,01	5,48±1,63	27,78±12,32	32,53±5,44
Test İstatistiği	268	t=-0,103, p=0,918	t=-0,226, p=0,822	t=0,204, p=0,838	t=1,644, p=0,101	t=1,026, p=0,306	t=-1,320, p=0,188
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu							
Evet****	59	8,03±4,24	8,59±4,77	12,37±8,62	5,90±1,50	31,10±13,68	31,49±4,26
Hayır	209	8,68±4,65	8,52±4,85	12,05±8,86	5,49±1,62	27,46±12,39	32,49±5,62
Test İstatistiği	268	t=-0,967, p=0,335	t=0,107, p=0,915	t=0,243, p=0,808	t=1,746, p=0,082	t=1,949, p=0,052	t=-1,262, p=0,208

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer, t= student t testi

*MI, diyabet, apandisit, akut böbrek yetmezliği, covid-19, böbrek taşı

**Antikouglan, antidiyabetik, antihipertansif, beta bloker ilaçlar

***Ameliyat olma, sezaryen doğum

****Sezaryen, apandisit, burun ameliyatı

Tablo 11. Hastaların Ağrı Durumları-Uygulamaları ve Ölçeklerin Karşılaştırılması (n=268)

Değişkenler	Sayı	HADS Anksiyete	HADS Depresyon	Mc Gill Melzack Toplam	Ağrı Şiddeti	Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği Toplam	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ağrının Yeri							
Karın çevresi	166	8,36±4,54	8,29±4,83	10,52±8,14	5,29±1,67	27,21±13,00	32,49±5,58
Karından kasıklara yayılan	45	9,02±5,01	8,62±5,39	15,71±9,56	6,18±1,32	34,89±13,12	31,11±5,24
Karın ve yan ağrısı	57	8,70±4,30	9,17±4,32	13,96±8,96	5,93±1,41	26,09±9,89	32,53±4,74
Test istatistiği	268	F=0,421, p=0,657	F=0,724, p=0,486	F=8,150, p=0,001	F=7,481, p=0,001	F=7,861, p=0,001	F=1,263, p=0,284
Ağrı İçin İlaç Alımı							
Evet*	106	8,96±4,82	8,49±4,79	11,38±7,95	5,78±1,59	28,00±11,23	32,04±5,46
Hayır	162	8,26±4,38	8,56±4,86	12,62±9,30	5,44±1,59	28,43±13,68	32,42±5,31
Test istatistiği	268	t=1,224, p=0,222	t=-0,118, p=0,906	t=-1,129, p=0,260	t=1,700, p=0,090	t=-0,271, p=0,787	t=-0,569, p=0,570
Normal Yaşantıda Çok Sık Ağrı Yaşama Durumu							
Evet	40	11,37±4,32	9,97±4,41	13,20±9,47	6,57±1,69	34,20±11,90	32,02±5,40
Hayır	228	8,04±4,43	8,28±4,86	11,94±8,68	5,40±1,52	27,22±12,62	32,31±5,37
Test istatistiği	268	t=4,403, p=0,001	t=2,061, p=0,040	t= 0,836, p=0,404	t=4,417, p=0,001	t=3,252, p=0,001	t=-0,311, p=0,756

Ort: Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer, t= student t testi, F=one-way anova testi

*Nonsteroid ilaç alımı

Hastaların ağrı durumları ve ölçeklerin karşılaştırılması Tablo 11’de özetlenmiştir.

Ağrının yeri ile Mc Gill Melzack ($F=8,150$, $p=0,001$), ağrı şiddeti ($F=7,481$, $p=0,001$) ve Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği ($F=7,861$, $p=0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Karından kasıklara yayılan ağrısı olanların Mc Gill Melzack, ağrı şiddeti ve AFÖ puanları daha yüksek belirlendi.

Normal yaşantıda yaşanan ağrı ile HADS-Anksiyete ($t=4,403$, $p=0,001$), ağrı şiddeti ($t=4,417$, $p=0,001$) ve AFÖ ($t=3,252$, $p=0,001$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p>0,05$). Normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayanların puanları daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 12. HADS-Anksiyete, HADS-Depresyon, Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği Toplam Puan, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, McGill Melzack Ölçeği, Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması

Ölçekler	HADS Anksiyete	HADS Depresyon	Ağrıyı Felaketleş tirme Ölçeği Toplam Puan	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Toplam Puan	McGill Melzack Toplam	Ağrı Şiddeti (VAS)
HADS Anksiyete	-					
HADS Depresyon	$r=0,707^{**}$ $p<0,001$	-				
Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği Toplam Puan	$r=0,347^{**}$ $p<0,001$	$r=0,366^{**}$ $p<0,001$	-			
Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Toplam Puan	$r=-0,033$ $p=0,592$	$r=-0,088$ $p=0,152$	$r=-0,057$ $p=0,350$	-		
McGill Melzack Ölçeği Total	$r=0,208^{**}$ $p=0,001$	$r=0,281^{**}$ $p=0,001$	$r=0,401^{**}$ $p<0,001$	$r=-0,105$ $p=0,086$	-	
Ağrı Şiddeti (VAS)	$r=0,195^{**}$ $p=0,001$	$r=0,210^{**}$ $p=0,001$	$r=0,377^{**}$ $p<0,001$	$r=-0,174^{**}$ $p=0,004$	$r=0,452^{**}$ $p<0,001$	-

** $p<0,05$, r = Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 12’de çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyonu verildi. Tablo incelendiğinde; HADS-Anksiyete ile HADS-Depresyon ($r=0,707$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde yüksek, HADS -Anksiyete ile Ağrıyı felaketleştirme ($r=0,347$, $p<0,001$), Mc Gill Melzack Ölçeği toplam ($r=0,208$, $p=0,001$) ve ağrı şiddeti

($r=0,195$, $p=0,001$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki belirlendi. Hastaların anksiyete düzeyleri artarken depresyon, Ağrıyı felaketleştirme ölçeği toplam puan, Mc Gill Melzack Ölçeği ve ağrı şiddeti puanları da artmaktadır.

HADS-Depresyon ile Ağrıyı felaketleştirme ölçeği ($r=0,366$, $p<0,001$) arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki, Mc Gill Melzack Ölçeği toplam puan ($r=0,281$, $p=0,001$) ve ağrı şiddeti ($r=0,210$, $p=0,001$) arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunurken KHAÖ arasında ilişki belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 12). Hastaların depresyon düzeyleri artarken Ağrıyı felaketleştirme ölçeği, Mc Gill Melzack Ölçeği ve ağrı şiddeti puanları da artmaktadır.

Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği ile Mc Gill Melzack Ölçeği toplam puan ($r=0,401$, $p<0,001$), ve ağrı şiddeti ($r=0,377$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta düzey ilişki saptandı (Tablo 12). Hastaların Ağrıyı felaketleştirme ölçeği puanları artarken Mc Gill Melzack Ölçeği ve ağrı şiddeti puanları da artmaktadır.

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puanı ile ağrı şiddeti arasında ($r=-0,174$, $p=0,004$) pozitif yönlü zayıf ilişki bulundu (Tablo 12). Hastaların KHA ölçeği puanları artarken ağrı şiddeti puanları da artmaktadır.

Ağrı şiddeti ile HADS-Anksiyete ($r=0,195$, $p=0,001$), HADS-Depresyon ($r=0,210$, $p=0,001$) ve KHAÖ ($r=-0,174$, $p=0,004$) arasında pozitif yönlü zayıf, Ağrıyı felaketleştirme ölçeği ($r=0,377$, $p<0,001$) ve Mc Gill Melzack Ölçeği toplam puan ($r=0,452$, $p<0,001$) arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlendi (Tablo 12). Hastaların ağrı şiddeti puanları artarken HADS-Anksiyete, HADS-Depresyon, KHAÖ, Ağrıyı felaketleştirme ölçeği ve Mc Gill Melzack Ölçeği toplam puanları da artmaktadır.

7. TARTIŞMA

Bu araştırmada AS'e akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan 268 hastadan elde edilen verilerin sonuçları bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmada hastaların yaş ortalaması $35,14 \pm 12,59$ ve %60,4'ünün 35 yaş ve altı olduğu belirlendi. (Tablo 3). Karagöz ve Ünlüer'in akut karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaları inceledikleri çalışmada yaş ortalaması $41,32 \pm 18,12$ olarak bulunmuştur (Karagöz & Ünlüer, 2020). Yapılan diğer bir çalışmada da yaş ortalaması $39,54 \pm 19,09$ olarak belirtilmiştir (Cacciatori ve ark., 2020). Özkan ve arkadaşlarının AS'e akut karın ağrısı ile başvuran hastaların tomografi sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada da yaş ortalaması $52 \pm 9,4$ olarak saptanmıştır (Özkan ve ark., 2013). Konu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada da yaş ortalaması $50,1 \pm 0,4$ olarak saptanmıştır (Khemani ve ark., 2017). Salameh ve arkadaşlarının AS'e travma dışı karın ağrısı ile gelen hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucuna göre ortalama yaş 45 olarak bulunmuştur (Salameh ve ark., 2019). Erkek ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da AS'e akut karın ağrısı ile başvuranların yaş ortalaması $39,4 \pm 17,5$ olarak saptanmıştır (Erkek ve ark., 2019). Çalışkan ve arkadaşlarının AS'e akut karın ağrısı ile gelen hastaları incelediği bir çalışmada yaş ortalaması $38,66 \pm 17,98$ olarak belirlenmiştir (Çalışkan ve ark., 2010). Araştırma bulguları bazı çalışmalar ile benzerken bazılarından farklıdır. Farkın örneklem ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların %51,9'unun kadınlardan oluştuğu bulundu (Tablo 3). Karagöz ve Ünlüer AS'e karın ağrısı ile başvuran hastaların %61,2'sinin kadın olduğunu bildirmiştir (Karagöz & Ünlüer, 2020). Bilgili ve Öncü AS'e başvuran hastaların %49,4'ünün kadın olduğunu bildirmiştir (Bilgili & Öncü, 2021). Yapılan diğer bir çalışmada da AS'e karın ağrısı ile başvuran kadın hasta oranı %52,3 olarak saptanmıştır (Özkan ve ark., 2013). Salameh ve arkadaşlarının AS'e travma dışı karın ağrısı ile gelen hastalar ile yaptıkları çalışmada ise hastaların %56'sının kadın olduğunu bildirmişlerdir (Salameh ve ark., 2019). Henden Çam ve arkadaşlarının AS'e başvuran geriatri hastaları ile yaptıkları çalışmada kadınların oranı %51,8 olarak saptanmıştır (Henden Çam ve ark., 2018). Velissaris ve arkadaşları AS'te akut karın ağrısı değerlendirmelerine yönelik yaptıkları çalışmada hastaların %65,6'sının kadın olduğunu bildirmiştir (Velissaris ve ark., 2017). Acil servise karın ağrısı ile

başvuran hastalar ile ilgili yapılan bir başka çalışmada da hastaların %63,1'inin kadın olduğu belirtilmiştir (Erkek ve ark., 2019). Çalışkan ve arkadaşlarının AS'e akut karın ağrısı ile gelen hastaları incelediği çalışmada da kadınların oranı %59,9 olarak bulunmuştur (Çalışkan ve ark., 2010). Araştırma bulguları literatür ile benzerdir.

Çalışmada hastaların beden kitle indeksi ortalaması $24,88 \pm 4,03$ olarak bulundu. Bununla birlikte hastaların %51,9'unun normal kilolu veya altında, %37,7'sinin hafif şişman, %10,4'ünün ise şişman olduğu saptandı (Tablo 3). Zuluaga ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada şişman ve hafif şişman olan hastaların prevalansı %49,4, normal kilolu veya altında olanların oranı ise %50,6 olarak saptanmıştır (Zuluaga ve ark., 2017). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) verilerine göre 15 ve üzeri yaş grubu bireylerin %47,4'ünün normal kilolu, %37,4'ünün fazla kilolu/hafif şişman ve %5,7'sinin şişman olduğu belirtilmiştir (TBSA, 2019). Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada AS'e karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların %36,1'inin ilköğretim mezunu olduğu bulundu (Tablo 3). Savcı ve arkadaşlarının AS'e karın ağrısı ile başvuran hastaları incelediği çalışmada %27'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Savcı ve ark., 2008). Özcan ve arkadaşlarının AS'e başvuran hastaların memnuniyetini değerlendirdikleri çalışmada hastaların %33,6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirtilmiştir (Özcan ve ark., 2015). Edirne ve arkadaşlarının bir AS'e başvuran hasta profillerini incelediği bir çalışmada başvuranların %58,4 (ilköğretim ve ortaöğretim mezunu) olduğu saptanmıştır (Edirne ve ark., 2008). Özlü ve arkadaşlarının AS'e başvuran hastaların anksiyetelerini inceledikleri çalışmada ilköğretim mezunu oranı %13,8 olarak bildirilmiştir (Özlü ve ark., 2021). Yapılan diğer çalışmalarda da ilköğretim mezunu oranı %15,4-%21 olarak saptanmıştır (Alıcı ve ark., 2016; Payza ve ark., 2020). Araştırma bulguları literatüre uygunluk göstermektedir. Acil servislere akut durumlarda başvurulduğu için her eğitim düzeyinden bireyler başvurabilir.

Çalışmada hastaların %33,2'sinin işçi, %27,6'sının emekli/ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 3). Alıcı ve arkadaşlarının AS'e başvuran hastaları incelediği çalışmada katılımcıların %12,8'inin işçi, %12,8'inin ev hanımı ve %20'sinin de emekli olduğu belirtilmiştir (Alıcı ve ark., 2016). Araştırma bulguları literatürden farklıdır. Farkın araştırmanın yapıldığı bölge ve hastaneye başvuran hasta profilinin farklı olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada araştırmaya katılanların %57,5'inin sigara kullandığı bulundu (Tablo 3). Yadav ve arkadaşlarının alkol ve sigara tüketimi, tekrarlayan akut ve kronik pankreatit riskini inceledikleri çalışmada sigara tüketiminin tekrarlayan akut pankreatit için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Yadav ve ark., 2009). Xue ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sigaranın içinde bulunan maddelerin pankreatik fibrozisin şiddetini arttırdığı ve sürecin daha hızlı ilerlemesine katkı sağladığı belirtilmiştir (Xue ve ark., 2016). Barışık ve arkadaşlarının akut apandisitte risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada katılımcıların %34,7'sinin halen sigara içen/geçmişte sigara öyküsü olan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (Barışık & Bener, 2020). Lexne ve arkadaşlarının akut karın ağrısı olan hastalarda psikiyatrik semptomları incelediği çalışmada %60,22'sinin sigara kullandığı saptanmıştır (Lexne ve ark., 2020). Çalışma bulguları literatüre benzerdir. Sağlık açısından çok fazla zararı olmasına karşın sigara kullanım oranı hala yüksektir. Sigaranın zararlarına yönelik eğitim planlamalarının yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada alkol kullanım oranı %47 olarak bulundu (Tablo 3). Yadav ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada alkol tüketiminin fazla olduğu kişilerde akut pankreatit gelişme oranları yüksek ve kronik pankreatit sürecinin hızlandığı belirtilmiştir (Yadav ve ark., 2009). Valverde-Lopez ve arkadaşlarının çalışma bulgularına göre akut karına neden olan hastalıklar arasında yer alan akut pankreatitin en önemli nedenlerinden birinin alkol kullanımı olduğu belirtilmiştir (Valverde-Lopez ve ark., 2022). Çalışma bulguları literatür ile uyumludur. Alkolün neden olduğu hastalıklara yönelik halkın bilgilendirilmesi gereklidir.

Çalışmada hastaların %11,6'sının daha önce önemli bir hastalık geçirdiği, %8,6'sının hipertansiyon, %5,6'sının kalp hastalığı, %3,7'sinin diyabet gibi kronik hastalıklara sahip olduğu bulundu (Tablo 4). Malaeb ve arkadaşlarının AS'e başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların %77,1'inde hipertansiyon, %36,5'inde ise kalp hastalığı saptanmıştır (Malaeb ve ark., 2021). Türker Karacan ve arkadaşlarının AS'e travma dışı karın ağrısı ile başvuran hastaların incelendiği çalışmada hastaların %1,5'inin hipertansiyon, %2,3'ünün diyabet gibi kronik hastalıklara sahip olduğu belirlenmiştir (Türker Karacan ve ark., 2015). Henden Çam ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların %47,2'sinin hipertansiyon, %25,7'sinin diyabeti olduğu bildirilmiştir (Henden Çam ve ark., 2018). Loloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %40,8'inin hipertansiyon, %26,6'sının kalp hastalığı ve

%22,4'ünün diyabet tanılı olduđu saptanmıřtır (Lolođu ve ark., 2013). Çalıřmada diđer çalıřmalarda olduđu gibi hipertansiyon, kalp hastalıđı ve diyabet gibi kronik hastalıklar daha fazla ancak oranları dűřűktűr. Kronik hastalık oranlarının diđer çalıřmalardan dűřűk olması arařtırma örneklemine yař ortalamasının daha genç olması ile açıklanabilir.

Çalışmada AS'e başvuran hastaların %93,2'sinin karın ağrısı ile geriye kalan %6,8'inin ise karın ağrısının yanında bulantı-kusma ve kasık-yan ağrısının da eşlik ettiği bulundu (Tablo 5). Henden am ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların karın ağrısının yanında en çok bulantı-kusmadan yakındıkları saptanmıştır (Henden am ve ark., 2018). Yine Tűrker Karacan ve arkadaşlarının çalışmasında da karın ağrısına %17,6 bulantı ve %11,2 kusmanın eşlik ettiği belirtilmiştir (Tűrker Karacan ve ark., 2015). Çalışma bulguları literatűr ile uygunluk göstermektedir.

Çalışmada hastaların %43,3'űnűn ağrıya yönelik uygulamalar yaptığı ve gűnlűk yaşamlarında ağrı ile bař etme biçimlerinin %55,2 oranında ağrı kesici alma olduğu bulundu (Tablo 6). ztűrk Birge ve Mollaođu'nun yaptıkları çalışmada bireylerin ağrı ile bař etmek için öncelikle ve çoğunlukla ilaç kullanımı olduğu belirtilmiştir (ztűrk Birge ve Mollaođu, 2018). Saygılı ve arkadaşlarının akılcı ilaç kullanımını değerlendirdikleri çalışmada bireylerin ağrı yaşadıklarında %44,5 oranında reçetesiz ağrı kesici kullandıkları saptanmıştır (Saygılı ve ark., 2020). Yine akılcı ilaç kullanımına ilişkin yapılan bir çalışmada ise reçetesiz, kendi kendine ağrı kesici kullanımının %42,8 oranında olduğu bildirilmiştir (Macit ve ark., 2019). zyurt ve arkadaşlarının yaptıkları bir diğer çalışma sonucunda ise katılımcıların %68'inin evinde mutlaka ağrı kesici bulundurduğu ve %47'sinin ağrı kesiciyi reçetesiz, komşudan veya bakkaldan/marketten temin ederek kullandığı ortaya konmuştur (zyurt ve ark., 2018). Çalışma bulguları literatűr ile paralellik göstermektedir. Hastaların hastaneye başvurmadan önce ağrı kesici alma oranları yűksek bulunmuş olup, toplumun bilinçlendirilmesi, gereksiz, yanlış ve fazla ilaç kullanımının nűne geçilmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Çalıřmada hastaların %66'sı řıfa ile taburcu edilirken %24,3'űnűn hastane içi bařka bir servise sevk edildiđi bulundu (Tablo 7). Henden am ve arkadaşlarının çalıřmasında hastaların %41,7'si taburcu edilirken %48,8'inin yatıřı gerçekleřmiřtir (Henden am ve ark., 2018). Tűrker Karacan ve arkadaşlarının çalıřmasında da hastaların %33'ű taburcu edilirken %18,7'si bařka bir servise gönderilmiřtir (Tűrker

Karacan ve ark., 2015). Ravn-Christensen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların %75'i taburcu edilmiştir (Ravn-Christensen ve ark., 2019). Çalışma bulguları literatüre paralellik göstermektedir. Akut karına neden olan duruma göre hastaların yapılan tedavinin ardından taburcu edilmesi ya da cerrahi gibi ileri tetkik ve tedavi için yatırılması olagandır.

Çalışmada VAS ağrı şiddeti $5,35 \pm 1,56$ olarak bulundu (Tablo 8). Karadaş ve Yılmaz'ın AS'e başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada VAS ağrı şiddeti ortalaması $5,87 \pm 1,92$ olarak saptanmıştır (Karadaş & Yılmaz, 2020). Leigheb ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada VAS puanı medyanı 7 olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada karın ağrısı olan hastaların VAS puanı medyanı 4,5 olarak bildirilmiştir (Leigheb ve ark., 2017). Kronik ağrılı hastalar ile yapılan başka bir çalışmada VAS puanı $4,0 \pm 2,6$ olarak belirtilmiştir (Keilani ve ark., 2018). Çalışma bulguları literatür ile uygunluk göstermektedir. Akut karın ağrısı akut bir durum olduğundan hastalar ortalama düzeyde ağrı yaşamaktadır.

Çalışmada AFÖ toplam puan ortalaması: $28,26 \pm 12,74$ olarak bulundu (Tablo 8). Kapoor ve arkadaşlarının AS'e akut ağrı ile başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların AFÖ puan ortalaması $28,22 \pm 14,11$ olarak saptanmış ve hastaların %53'ü ağrıyı felaket olarak tanımlamıştır (Kapoor ve ark., 2016). Ghasemi ve arkadaşlarının ağrısı olan hastalar ile yaptıkları bir çalışmada AFÖ puan ortalaması $44,55 \pm 5,45$ olarak belirlenmiştir (Ghasemi ve ark., 2022). Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada MAÖ-KF toplam puan ortalaması $12,12 \pm 8,79$ olarak bulundu (Tablo 8). Keilani ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin toplam puan ortalaması $22,9 \pm 9,4$ olarak saptanmıştır (Keilani ve ark., 2018). Sezgin ve arkadaşlarının ağrılı hastalar ile yaptıkları çalışmada ise Mc Gill Melzack ölçeği toplam puan ortalaması $16,7 \pm 8,0$ olarak belirlenmiştir (Sezgin ve ark., 2015). Çalışmadaki ölçek puanı literatürden düşüktür. Farkın yapılan diğer çalışmalarda araştırma grubunun kronik ağrılı hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada KHAÖ puan ortalaması ise $32,27 \pm 5,36$ olarak belirlendi (Tablo 8). Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ile akut ağrının değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bel ağrısı olan hastalarda yapılan bir çalışmada KHAÖ puan ortalaması $44,2 \pm 10,3$ olarak belirlenmiştir (Karimi-Ghasemabad ve ark. 2021).

Jinekolojik kanserli hastalarda ise ölçek toplam puanı $44,7 \pm 16,1$ olarak bildirilmiştir (Kahyaoğlu Süt, 2017). Ölçek puanı literatürden düşüktür. Fark akut karın ağrısının bireyin hastalık algısını etkileyebilecek kadar uzun sürmemesine bağlı olması ile açıklanabilir.

Çalışmada HADS-Anksiyete puan ortalaması $8,54 \pm 4,56$ ve HADS-Depresyon puan ortalaması $8,53 \pm 4,82$ olarak bulundu (Tablo 8). Koyuncu ve Karcioğlu'nun AS'e başvuran hastaların anksiyete düzeyini değerlendirdikleri çalışmada HADS-Anksiyete puan ortalaması $5,5 \pm 3,8$ olarak saptanmıştır (Koyuncu & Karcioğlu, 2018). Soares-Filho ve arkadaşlarının AS'te yaptıkları bir çalışmada kardiyak hastaların HADS-Anksiyete puan ortalaması $6,29 \pm 3,96$, HADS-Depresyon puan ortalaması $4,86 \pm 4,07$ olarak belirlenmiştir (Soares-Filho ve ark., 2009). Demirydoğan ve arkadaşlarının AS'e gelen göğüs ağrılı hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada ise HADS-Anksiyete puan ortalaması $7,9 \pm 3,7$ olarak bildirilmiştir (Demirydoğan ve ark., 2006). Araştırma bulguları literatürdeki çalışmalardan yüksektir. Akut bir durum olan karın ağrısına bağlı hastaların anksiyete puanlarının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada yaş ile AFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). 35 yaş ve altındaki hastaların AFÖ puanları daha yüksektir (Tablo 9). Kapoor ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş ve AFÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Kapoor ve ark., 2016). Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermemektedir. Genç bireylerin yaşları gereği kronik hastalıklarının daha az olması ve daha az ağrı deneyimlemeleri nedeniyle akut karın ağrısını felaketleştirmiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların HADS-Anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 9). Yazıcı ve arkadaşlarının bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete ve depresyonu inceledikleri bir çalışma sonucuna göre kadınlarda anksiyete oranları daha yüksek bulunmuştur (Yazıcı ve ark., 2003). Kosson ve arkadaşlarının ağrı kliniklerine başvuran hastaları inceledikleri bir çalışma sonucuna göre kadınlarda anksiyete oranı daha fazla görülmüştür (Kosson ve ark., 2018). Bahar ve arkadaşlarının diyabetli hastalar ile yaptıkları çalışmada kadın hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri erkek hastalardan daha yüksek saptanmıştır (Bahar ve ark., 2006). Gök ve Hergül'ün cerrahi kliniklerindeki hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada hastaların cinsiyetleri ile

anksiyete düzeyleri arasındaki fark olmasına rağmen, depresyon düzeyleri arasındaki fark belirlenmemiştir. Kadınların anksiyete düzeyi puan ortalamaları erkeklerden daha yüksektir (Gök & Hergül, 2020). Bahar ve Taşdemir'in cerrahi ve dahili kliniklerde hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada kadınların anksiyete ve depresyon puanları yüksek olarak bildirilmiştir (Bahar & Taşdemir, 2008). Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasında kronik kalp ve solunum hastalığı olan kadınların depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Aydemir ve ark., 2015). Çalışkan ve arkadaşları hematolojik kanserli kadın hastaların anksiyete puan ortalamasının, erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Çalışkan ve ark., 2017). Çalışma bulguları literatür ile uyumludur.

Çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça ve emekli/ev hanımı olanların AFÖ puanları daha yüksek bulundu. Çalışmayanların HADS-Depresyon oranları yüksek, çalışanların ise KHAÖ puanları daha yüksek olarak saptandı (Tablo 9). Yazıcı ve arkadaşlarının bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete ve depresyonu inceledikleri bir çalışma sonucuna göre HADS-D puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların depresyon düzeyleri üniversite mezunu olan katılımcılardan daha fazla bulunmuştur (Yazıcı ve ark., 2003). Elbinoune ve arkadaşlarının kronik boyun ağrısı olan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışma sonucuna göre okuma-yazma bilmeyen ve ilköğretim mezunu olan hastaların anksiyete ve depresyon oranlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Elbinoune ve ark., 2016). Bahar ve Taşdemir'in yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada ev hanımlarının HADS-Anksiyete puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir (Bahar & Taşdemir, 2008). Bahar ve arkadaşlarının diyabetli hastalar ile yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Bahar ve ark., 2006). Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir (Aydemir ve ark., 2015). Gök ve Hergül'ün yaptıkları çalışmada ev hanımı olan hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Gök & Hergül, 2020). Buldan ve Kurban'ın çalışmasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durumun depresyon düzeyini etkilemediği saptanmıştır (Buldan & Kurban, 2018). Çalışmada eğitim düzeyi düşük ve emekli/ev hanımı hastaların Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği puanlarının yüksek olması akut karın ağrısına yönelik bilgilerinin az olması,

olağandışı ağrı yaşamaları ile açıklanabilir. Aynı zamanda çalışmayan bireylerin sürekli evde olması, meşgul olacak başka bir aktivite ile uğraşmamaları, yaşadıkları sorunlarla daha uzun süre baş etmelerine bağlı olabilir.

Çalışmada araştırmada kullanılan ölçekler ile araştırmaya katılan hastaların hastalık öyküleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 10). Çalışmaya katılan hastaların %60,4'ünün 35 yaş altı olması (Tablo 3) ve %35,5'inin (Tablo 4) kronik hastalık öyküsüne sahip olması bu kronik rahatsızlıklarının her birinin alt grubunda sayıların örneklem içerisinde az bir grup oluşturmasına bağlı olarak hastalık öyküleri ve kullanılan ölçekler arasında anlamlı fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Çalışmada normal yaşantıda yaşanan ağrı ile HADS-Anksiyete, ağrı şiddeti ve Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p>0,05$). Normal yaşantısında çok sık ağrı yaşayanların puanları daha yüksektir (Tablo 11). Normal yaşantısında çok sık ağrı yaşadığını belirten kişilerin ağrı şiddeti de yüksektir. Yaşanan ağrıya bağlı olarak duygusal durumlarında etkilendiği ve anksiyete düzeylerinin de bu nedenle yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu durum katılımcıların ağrı algılarını da etkileyerek daha yoğun ağrı hissettikleri kanısındayız. Ayrıca bu ilişki anksiyete yaşayan kişilerin günlük yaşantılarında ağrı eşiklerinin daha düşük olduğu ve ağrı duyusunu daha fazla deneyimledikleri ve ağrıyı felaketleştirme özelliğine sahip kişilerin ağrı şiddetini daha fazla yaşadıkları şeklinde de yorumlanabilir. Yapılan diğer çalışmaların da sonuçları da bu araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Pulver & Hood, 2013; de Heer ve ark., 2014; Kapoor ve ark., 2016; Michaelides & Zis, 2019).

Çalışmada yaşam bulguları ile AFÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 12). Block ve arkadaşlarının çalışmasında yaşamsal belirtilerin ağrı felaketleştirmeye herhangi bir etkisinin olmadığı ortaya konmuş ve acil servise akut ağrı için başvuran hastalarda ağrı felaketi ve kendi bildirdiği ağrı yoğunluğu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Block ve ark., 2017). Araştırmada AFÖ puanı ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark belirlendi ($p<0,001$). Ghasemi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada AFÖ toplam puanı ile orta-şiddetli düzeydeki ve toplam ağrı kaygısı ve depresyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Ghasemi ve ark., 2022). Suso-Ribera ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ağrı yoğunluğu ve ağrıyı felaketleştirme arasında negatif ilişki olduğu, ağrı yoğunluğu arttıkça ağrıyı felaketleştirme düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (Suso-Ribera ve ark., 2017).

Varallo ve arkadaşlarının fibromiyaljili hastalar ile yaptıkları bir çalışmada ağrı yoğunluğu azaldıkça ağrıyı felaketleştirme düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (Varallo ve ark., 2021). Çalışma bulguları ile literatür benzerlik göstermektedir. Ancak literatür taramasında ağrıyı felaketleştirme ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok kronik ağrı üzerinde yoğunlaştığı ve akut ağrı ile ilişkisine yönelik yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Ülkemizde ağrıyı felaketleştirme ve akut ağrı yoğunluğu ilişkisini belirlemek amacıyla daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliği ortaya konmuştur.

Çalışmada HADS-Anksiyete puanları artan hastaların HADS-Depresyon puanlarının da arttığı, Mc Gill Melzack toplam puanı yüksek olan hastaların Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği ve ağrı şiddeti puanlarının da arttığı görüldü (Tablo 12). Craven ve arkadaşları AS'e başvuran hastaların kaygılarının ağrı yönetimine etkisini incelendiği çalışmada şiddetli anksiyete bildirenlerin ağrısının giderilmesi için yapılan uygulamaların yeterli olmadığı ve anksiyete düzeyinin yükselmesi ile ağrı şiddetinin arttığı saptanmıştır (Craven ve ark., 2013). Burri ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ağrı, ağrı felaketi, anksiyete ve ağrı korkusu arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur (Burri ve ark., 2018). Gorczyca ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada felaketleştirme, depresyon ve ağrı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Gorczyca ve ark., 2013). Kosson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ağrının, depresyon veya anksiyete gibi psikolojik sorunlarla yakından bağlantılı olduğu, ağrı yoğunluğu ve diğer özellikleriyle de olumlu bir ilişki içinde olduğu bildirilmiştir (Kosson ve ark., 2018). Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında uzun süreli ağrı çeken hastalarda depresyon sıklığının daha belirgin olduğu, akut ağrısı olan kişilerde ise anksiyetenin baskın olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ağrı şiddetinin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyebileceği belirtilmiştir (Ahmed ve ark., 2013). Michaelides ve Zis'in yaptıkları literatür taramasında depresif hastalarda akut ağrının daha sık yaşandığı ve şiddetinin arttığı aynı zamanda akut ağrı şiddeti veya süresinin arttığı hastalarda depresyon gelişme riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yüksek anksiyete yaşayan bireylerde akut ağrı düzeyinin yüksek ve ağrı toleransının düşük olduğu ortaya konmuştur (Michaelides & Zis, 2019). Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermesine rağmen Türkiye'de yapılan çalışmalarda AFÖ ile akut ağrı ilişkisine ilişkin yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Ayrıca kronik ağrıda akut ağrıya kıyasla anksiyete ve depresyon

düzeylerinin daha çok arttığı ve ağrıyı felaketleştirmenin de kronik ağrıda yüksek oranlara sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan grubun akut ağrı yaşadığı göz önüne alındığında akut ağrı, anksiyete-depresyon ve ağrıyı felaketleştirme ilişkisinin incelenmesi gerekliliği açıktır.

Çalışmada KHAÖ ile diğer ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 12). Yılmaz Karabulutlu ve Karaman'ın kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların en fazla yorgunluktan şikayet ettiği, bu durumu hastalığı ile ilişkilendirdiği, hastalığa ilişkin bireysel kontrollerinin fazla olduğu ve hastalığın doğasına ilişkin inançları ve hastalığı anlama algılarının düşük olduğu, ayrıca hastalıklarının nedeni olarak en sık risk faktörlerini algıladığı, hastalığa bağlı ve sosyodemografik özelliklerin bireylerin hastalık algılarını değişik boyutlarda etkilediği belirlenmiştir (Yılmaz Karabulutlu & Karaman, 2015). Yapılan başka bir çalışmada yeni tanı alan beyin tümörü olan ergenlerin Hastalık Algısı Ölçeği puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (Kantarcıoğlu ve ark., 2019). Tekin ve Polat'ın kalp yetmezliği olan hastalar ile yaptıkları çalışmada bireylerin hastalık algıları arttıkça, kalp yetmezliğinin bakımına yönelik pozitif yönde gelişme olabileceği belirtilmiştir (Tekin & Polat, 2018). Karadağ ve Akkuş'un hipertansiyonlu hastaların hastalık algılarını inceledikleri çalışmada bireylerin hastalık algılarının düşük olduğu gösterilmiştir (Karadağ & Akkuş, 2020). Şavk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastalık algısı arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin hastalıklarının daha fazla yaşamlarını etkilediği, yine yüksek anksiyeteli bireylerin hastalıklarına yönelik endişe ve duygusal olarak etkilenme durumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anksiyete düzeyi yükseldikçe bireylerin tedaviye yönelik inançlarının azaldığı ve hastalık algılarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Şavk ve ark., 2022). Bağcıvan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların belirtilerini hastalıkları ile bağdaştırmadığı, hastalıklarını kronik bir hastalık olarak algıladıkları, hastalıklarının önemli sonuçlar oluşturduğuna çok fazla inandıkları, hastalığa bağlı sonuçları negatif olarak algıladıkları, hastalığını kontrol edebileceğini, hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğini, hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü, hastalığa yönelik endişelerinin olduğunu ve hastalıktan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Bağcıvan ve ark., 2018). Çalışmada acil servise akut karın ağrısı ile başvuran hastaların hastalık algısı toplam puanlarının diğer ölçekler ile anlamlı ilişki olmaması hastalığın akut gelişmesi kronik

hastalık olarak algılanmaması ve hastaların bu durumun geçici olduğunu düşünmesi, acil servis ortamının karmaşık yapısı, hastaların acil serviste ivedilikle ağrılarının geçirilmesini istemesi gibi nedeniyle bu durumu hastalık olarak algılamadığı düşünülmektedir.

Çalışmada KHAÖ toplam puanı ile ağrı şiddeti arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puanı artarken ağrı şiddeti de artmaktadır (Tablo 12). Yapılan literatür taramasında KHAÖ ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun kronik hastalıklar ile olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan hastaların ise literatürün tersine akut ağrı tanılı olması nedeniyle benzer yeterince çalışma bulunamamıştır. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puan ve ağrı şiddeti arasındaki bu ilişki hastaların altta yatan nedenin kötü bir patolojinin eşlik edebileceğini, geçmeyeceğini düşünmeleri ve hastaneye gelmeden önce arama motorlarında yaptıkları araştırma sonuçlarına göre kendilerinde kötü bir hastalık olabileceği endişesinin varlığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda hastaların ağrı yoğunluklarının orta düzeyde, hastalık algılarının düşük düzeyde, anksiyete puan ortalamalarının kesme noktasının (≥ 10) altında depresyon puan ortalamalarının kesme noktası (≥ 7) üzerinde olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %30,2'sinin anksiyete ve %60,4'ünün depresyon riski olduğu saptandı. Hastaların ağrı şiddeti arttıkça anksiyete, depresyon ve ağrıyı felaketleştirme düzeylerinin de arttığı, hastalık algılarının ise azaldığı bulundu.

Araştırma sonucunda;

- Ağrının altında yatan nedenler irdelenmeli ve bu nedenlere yönelik multidisipliner iş birliği ile bakım verilmelidir.
- Acil servise karın ağrısı ile başvuran tüm hastalara ayrıntılı tanılama ve ağrı değerlendirmesi yapılmalı, ağrı yönetiminde farmakolojik tedaviye ek olarak farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılmalıdır.

- Acil servise başvuran ve ağrısı olduğunu ifade eden hastalar biyopsikososyal yönden bütüncül olarak değerlendirilerek bakım verilmelidir.
- Hastaların ağrı yoğunluklarını, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Acil serviste çalışan hemşirelerin ağrı yönetimi ve uygulanan girişimlere yönelik farkındalıkları arttırılmalı ve bu konuya yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- Bu çalışmanın daha farklı örneklem grubunda çok merkezli olarak yapılması önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

- Abdullah, M., & Firmansyah, M. A. (2012). Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. *Acta Medica Indonesiana*, 44(4), 344–350.
- Ahmed, S., Haque, S.N., Hamirani, M., Haque, S.M., Sohail, S., & Münir, F. (2013). Ağrı kliniğine başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı. *Pakistan Journal of Surgery* 29(81), 36-40.
- Alicı, B., Uzuntarla, Y., Türkuğur, Ü., & Güleç, M. (2016). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi acil servisine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 121-126.
- Anber, T., Akar, T., & Altun F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 99-103.
- Anwar K. (2016). Pathophysiology of pain. *Disease-a-month: DM*, 62(9), 324–329.
- Arlı, K.Ş. (2017). Cerrahi bakımda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 1013-1021.
- Arslan, G., Karakuş, A., Kuvandık, G., Fansa, İ. (2019). Acil servis ve abdominal aort anevrizması. *MKÜ Tıp Dergisi*, 10(36), 20-24.
- Aslan, N., Baydın, A., Yücel, M. Yürümez, Y., & Ercan, B. (2021). Acil serviste akut karın ağrısı yönetimi: cerrahi ya da cerrahi olmayan karın ağrıları. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 224-235.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E., & Gündüz, H. (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.
- Aydın, K. (2019). Yaşam koşulları ve sağlık hastalık algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 32-68.
- Bağcıvan, G., Tanrıver, E., & Kılıç, B. (2018). Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 89-96.

Bahar, A., & Taşdemir, S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 9-17.

Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 18-26.

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–2445.

Barişık, C. C., & Bener, A. (2020). Predictors risk factors for acute complex appendicitis pain in patients: Are there gender differences?. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2688–2692.

Bhangu, A., Søreide, K., Di Saverio, S., Assarsson, J. H., & Drake, F. T. (2015). Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet (London, England)*, 386(10000), 1278–1287.

Bilgili, M.A., & Öncü, M.R. (2021). Acil servise başvuran geriatrik hastaların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 28(1): 77-83.

Block, P. R., Thorn, B. E., Kapoor, S., & White, J. (2017). Pain Catastrophizing, rather than Vital Signs, Associated with Pain Intensity in Patients Presenting to the Emergency Department for Pain. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 18(2), 102–109.

Boxhoorn, L., Voermans, R. P., Bouwense, S. A., Bruno, M. J., Verdonk, R. C., Boermeester, M. A., van Santvoort, H. C., & Besselink, M. G. (2020). Acute pancreatitis. *Lancet (London, England)*, 396(10252), 726–734.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.

Buldan, Ö., & Kurban, N. (2018). Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.

Burri, A., Ogata, S., Rice, D., & Williams, F. (2018). Pain catastrophizing, neuroticism, fear of pain, and anxiety: Defining the genetic and environmental factors in a sample of female twins. *PloS one*, 13(3), e0194562.

Cacciatori, F. A., Ronchi, A. D., & Sasso, S. E. (2020). Outcomes prediction score for acute abdomen: a proposal. Proposta de escore predictor de desfechos para abdome agudo. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 46(6), e20192285.

Celik, S., Bas, B.K., Korkmaz, Z.N., Karasahin, H., & Yildirim, S. (2018). Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 14(1), 17-23.

Courtenay, M., & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001–2013.

Craven, P., Cinar, O., & Madsen, T. (2013). Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *The American Journal of Emergency Medicine*, 31(2), 313–318.

Çalışkan, E., Gürhan, N., & Tekgündüz, A. (2017). Hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumları. *Acta Oncologica Turcica*, 50(3), 207-217.

Çalışkan, M., Coşkun, A., Acar, A., Atak, İ., Kalcan, S., Şişik, A., Kaya, M., Koşmaz, K., Avcı, H., Subaşı, E., & Alimoğlu, O. (2010). Acil cerrahi polikliniğine akut karın ağrısı ile başvuran hastaların çok yönlü prospektif değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2010, 2, 75-82.

Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Çıkman, M., Kandiş, H., & Kara, İ.H. (2015). Birinci basamakta akut karın hastalarına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6, 83-89.

Dalkılıç, N. (2017). Ağrı yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Sağlık ve Toplum*, 27(1), 8-13.

de Heer, E. W., Gerrits, M. M., Beekman, A. T., Dekker, J., van Marwijk, H. W., de Waal, M. W., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PloS one*, 9(10), e106907.

Debbag, S., & Khidnir, H.M. (2016). Review of pain. *Journal of Anesthesia & Critical Care Open Access*, 6(2), 00221.

Demiryoguran, N. S., Karcioglu, O., Topacoglu, H., Kiyan, S., Ozbay, D., Onur, E., Korkmaz, T., & Demir, O. F. (2006). Anxiety disorder in patients with non-

specific chest pain in the emergency setting. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 23(2), 99–102.

Doan, L., Manders, T., & Wang, J. (2015). Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural Plasticity*, 2015, 504691.

Drake, G., & de C Williams, A. C. (2017). Nursing education interventions for managing acute pain in hospital settings: A systematic review of clinical outcomes and teaching methods. *Pain management nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 18(1), 3–15

Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467.

Dunlap, J. J., & Patterson, S. (2020). Assessing abdominal pain. *Gastroenterology nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 43(3), 267–270.

Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B., & Keskin, S. (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi*, 15 (4), 107-111.

Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9 Suppl), T70–T92.

Elbinoune, I., Amine, B., Shyen, S., Gueddari, S., Abouqal, R., & Hajjaj-Hassouni, N. (2016). Chronic neck pain and anxiety-depression: prevalence and associated risk factors. *The Pan African medical journal*, 24, 89. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.89.8831>.

Erdine, S., Hamzaoglu, O., Özkan, Ö., Balta, E., & Domaç, M. (2001). Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı*, 13(2), 22-30.

Erkek, A., Yılmaz Aydın, Y., Çiftçi, H., Ramadan, H., Temiz, K., Aydınuraz, K., & Coskun, F. (2019). Significance of intra-abdominal free fluid detected in ultrasonography in the clinical assessment and outcomes of adult patients presenting to the emergency department due to abdominal pain. *Cureus*, 11(10), e5948.

Eroğlu, S.E., & Aksel, G. (2019). Tanı ve tedavi acil tıp. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti.

Eti Aslan F., & Yıldız T. (2017). Ağrı ve Ağrı Yönetimi. Eti Aslan F., Olgun N. (Eds.). *Fizyopatoloji içinde* (ss. 109-136). Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.

Eti Aslan, F. & Uslu, Y. (2014). Ağrının Sınıflandırılması. Eti Aslan F. (Eds) *Ağrı doğası ve kontrolü içinde* (ss.57-66). Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.

Eti-Aslan F. (2006). Ağrı doğası ve kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 61-67.

Fisher, E., Heathcote, L. C., Eccleston, C., Simons, L. E., & Palermo, T. M. (2018). Assessment of Pain Anxiety, Pain Catastrophizing, and Fear of Pain in Children and Adolescents With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(3), 314–325.

Fong, A., & Schug, S. A. (2014). Pathophysiology of pain: a practical primer. *Plastic and reconstructive surgery*, 134(4 Suppl 2), 8S–14S.

Gallagher, J. R., & Charles, A. (2022). Acute cholecystitis: A review. *JAMA*, 327(10), 965–975.

Ghasemi, M., Behnaz, F., Hassanzad, N., & Taheri, F. (2022). Evaluating the relationship between depression and pain anxiety with pain catastrophizing in patients with COVID-19. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 12(1), e119354.

Gok, F., Kabu, & Hergul, F. (2020). Determination of level of anxiety and depression of patients hospitalized in surgery clinics. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.

Gomez, P. F., Gutiérrez, M. G., & Moreira, R. S. (2011). Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros [Illness perception: an evaluation to be conducted by nurses]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 925–930.

Gorczyca, R., Filip, R., & Walczak, E. (2013). Psychological aspects of pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, Spec no. 1, 23–27.

Govender, I., Rangiah, S., Bongongo, T., & Mahuma, P. (2021). A primary care approach to abdominal pain in adults. *South African family practice: official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 63(1), e1–e5.

Hawkins, A. T., Wise, P. E., Chan, T., Lee, J. T., Glyn, T., Wood, V., Eglinton, T., Frizelle, F., Khan, A., Hall, J., Ilyas, M., Michailidou, M., Nfonsam, V. N., Cowan, M. L., Williams, J., Steele, S. R., Alavi, K., Ellis, C. T., Collins, D., Winter, D. C., ... Lightner, A. L. (2020). Diverticulitis: an update from the age old paradigm. *Current Problems in Surgery*, 57(10), 100862.

Henden Çam, P., Baydin, A., Yürüker, S., Erenler, A. K., & Şengüldür, E. (2018). Investigation of geriatric patients with abdominal pain admitted to emergency department. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2018, 9109326.

Hijaz, N. M., & Friesen, C. A. (2017). Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 8, 83–91.

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3 (1), 186-194.

Kahyaoğlu Süt, H. (2017). Jinekolojik cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 13(2), 83-90.

Kantarcıoğlu, A., Demirkaya, M., Sevinir, B. (2019). Kanseri tanısı alan ergenlerde hastalık algısı ve duygu durumunun incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 26(2), 81 - 88.

Kapoor, S., White, J., Thorn, B. E., & Block, P. (2016). Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Pain: The Significant Role of Pain Catastrophizing and State Anxiety. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 17(6), 1069–1078.

Karadağ, Z., Akkuş, Y. (2020). Determination of hypertensive patients' perceptions of illness. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(26), 111–118.

Karadağ Z, Yılmaz E. (2020). Acil travma ünitelerinde travma şiddetine göre ağrı giderme yaklaşımlarının retrospektif incelenmesi. *JAREN*, 6(1), 44-52.

Karagöz A., & Ünlüer, E.E. (2020). Nontravmatik akut karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran hastaların retrospektif analizi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 32-39.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Karataş, T., Özen, Ş., & Kutlutürkan, S. (2017). Factor structure and psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 77–83.

Karimi-Ghasemabad, S., Akhbari, B., Saeedi, A., Talebian Moghaddam, S., & Nakhostin Ansari, N. (2021). The Persian Brief Illness Perception Questionnaire: validation in patients with chronic nonspecific low back pain. *The Scientific World Journal*, 2021, 3348011.

Kaya, E., Kuvandik, G., & Karakuş, A. (2018). Acil serviste karın ağrısına yaklaşım. *The Journal Turkish Family Physician*, 09(2), 59-67.

Keilani, M., Crevenna, R., & Dorner, T. E. (2018). Sleep quality in subjects suffering from chronic pain. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 130(1-2), 31–36.

Khemani, D., Camilleri, M., Roldan, A., Nelson, A. D., Park, S. Y., Acosta, A., & Zinsmeister, A. R. (2017). Opioid analgesic use among patients presenting with acute abdominal pain and factors associated with surgical diagnoses. *Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of The European Gastrointestinal Motility Society*, 29(5), 10.1111/nmo.13000.

Kıyat, İ. (2021). Gününbirlik cerrahi sonrası ağrı yönetiminde hemşirelik yaklaşımı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 412-421.

Knudsen-Lachendro, K., Stith, K., Vicarel, L. A., Harbert, B., & Fertel, B. S. (2021). Study of haloperidol for abdominal pain in the emergency department (SHAPE). *The Western Journal of Emergency Medicine*, 22(3), 623–627.

Kocaman, N. (2010). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 101-112.

Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271 - 280.

Kosson, D., Malec-Milewska, M., Gałazkowski, R., & Rzońca, P. (2018). Analysis of anxiety, depression and aggression in patients attending pain clinics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2898.

Koyuncu, N., & Karcioglu, O. (2018). Emergency department patients' clinical and demographic characteristics regarding Hospital Anxiety subscale. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 162–166.

Kumar, P., & Trimathi, L. (2014). Challenges in pain assessment. Pain intensity scales. *Indian Journal of Pain*, 28(2), 61-70.

Laméris, W., van Randen, A., Dijkgraaf, M. G., Bossuyt, P. M., Stoker, J., & Boermeester, M. A. (2007). Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. *BMC Emergency Medicine*, 7, 9.

Lee, G. I., & Neumeister, M. W. (2020). Pain: pathways and physiology. *Clinics in Plastic Surgery*, 47(2), 173–180.

Leigheb, M., Sabbatini, M., Baldrighi, M., Hasenboehler, E. A., Briacca, L., Grassi, F., Cannas, M., Avanzi, G., & Castello, L. M. (2017). Prospective analysis of pain and pain management in an emergency department. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 88(4S), 19–30.

Lexne E. Brudin L. Marteinsdottir I. Strain JJ. Nylander P. (2020). Psychiatric symptoms among patients with acute abdominal pain: Patients with organic dyspepsia report more psychiatric symptoms and rate poorer general health compared to patients with other specific abdominal diagnoses and non-specific abdominal pain at an emergency ward. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 55(7), 769-776.

Li, J., Hu, F. Y., & Zhong, G. (2021). Clinical therapeutic effects of opioid analgesia for acute abdominal pain in children and young adults: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(31), e26402.

Loğoğlu, A., Ayırık, C., Köse, A., Bozkurt, Babuş, S., Demir, F., Narcı, H., & Karaaslan, U. (2013). Acil servise başvuran travma dışı geriatrik olguların demografik özelliklerinin incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 13(4), 171 - 179.

Luo, H., Cai, Z., Huang, Y., Song, J., Ma, Q., Yang, X., & Song, Y. (2021). Study on Pain Catastrophizing From 2010 to 2020: A Bibliometric Analysis via CiteSpace. *Frontiers in Psychology*, 12, 759347.

Macaluso, C. R., & McNamara, R. M. (2012). Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *International Journal of General Medicine*, 5, 789–797.

Macit, M., Karaman, M., & Parlak, M. (2019). Bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (2), 372-387.

Malaeb, D., Hallit, S., Al Harfany, H., Mansour, S., Faugeras, F., Salameh, P., & Hosseini, H. (2021). Effect of sociodemographic factors, concomitant disease states, and measures performed in the emergency department on patient disability in ischemic stroke: retrospective study from lebanon. *Stroke Research and Treatment*, 2021, 5551558.

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet (London, England)*, 392(10161), 2299–2312.

Marsicovetere, P., Ivatury, S. J., White, B., & Holubar, S. D. (2017). Intestinal Intussusception: Etiology, diagnosis, and treatment. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 30(1), 30–39.

Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87(Pt B), 168–182.

Michael, M., Kleophas, A., Keitel, V., Flügen, G., & Bernhard, M. (2021). Vom Leitsymptom zur Diagnose: abdominelle Beschwerden [Acute Abdominal Pain in the Emergency Department]. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 56(6), 448–458.

Michaelides, A., & Zis, P. (2019). Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*, 131(7), 438–444.

Muntlin, A., Carlsson, M., Säfwenberg, U., & Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 13–23.

Natesan, S., Lee, J., Volkamer, H., & Thoureen, T. (2016). Evidence-based medicine approach to abdominal pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(2), 165–190.

Oflaz, F., & Varol, H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-7.

Özcan, H., Özdemir, O., İnci, E. & Sözkese, N. (2015). Acil servise başvuru yapan hastaların memnuniyeti. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2(2):149-155.

Özkan F., İnci, M., Okumuş, M., Yüksel, M., Pircanoğlu, E., Bozkurt, S., & Menzilioğlu, M. (2013). Akut karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların bilgisayarlı tomografi bulgularının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 15(2), 19-22.

Özlü Z, Özlü İ, Kılınç T (2021). Acil servise başvuran hastaların sağlık anksiyetesinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 281-289.

Öztürk, Birge, A., & Mollaoğlu, M. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı*, 30(2), 84-92.

Özyurt, E., İlhan, A., Aydın, H., Erduran, S., Uğurlu, H., Akar, Y., Aykutluğ, M., Yörük, S. (2018). Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki

hastaların akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(3), 208-218.

Payza, U., Karakaya, Z., & Topal, F.E. (2020). Çözümlemeyen bir halk sağlığı sorunu; acil servislerin uygunsuz kullanımı ve hastaların bakış açıları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 251-256.

Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1), 45–56.

Pulvers, K., & Hood, A. (2013). The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception. *Current Pain and Headache Reports*, 17(5), 330.

Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.

Ravn-Christensen, C., Qvist, N., Bay-Nielsen, M., & Bisgaard, T. (2019). Pathology is common in subsequent visits after admission for non-specific abdominal pain. *Danish Medical Journal*, 66(7), A5549.

Sá, K. N., Moreira, L., Baptista, A. F., Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Galhardoni, R., & de Andrade, D. C. (2019). Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Pain Reports*, 4(6), e779.

Salameh, S., Antopolsky, M., Simanovsky, N., Arami, E., & Hiller, N. (2019). Use of unenhanced abdominal computed tomography for assessment of acute non-traumatic abdominal pain in the emergency department. *The Israel Medical Association journal : IMAJ*, 21(3), 208–212.

Savcı, A., Narcı, A., Şen, T., Uygun, İ., & Özkaraca, E. (2008). Geleneksel uygulamaların karın ağrısı tanısı üzerine etkileri. *Kocatepe Tıp Dergisi, The Medical Journal of Kocatepe*, 9, 5-10.

Sawyer, A. T., Harris, S. L., & Koenig, H. G. (2019). Illness perception and high readmission health outcomes. *Health psychology open*, 6(1), 2055102919844504.

Saygılı, M., Kandemir, Türe., A. Kaya, M., & Sönmez, S. (2020). Eczaneye başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3),529-540.

Sayılan, A.A., Ak, S.E. & Özbaş, A. (2017). Akut karın ağrısı ve hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 45-4.

Sezgin, M., Hasanefendioğlu, E. Z., Sungur, M. A., Incel, N. A., Çimen, Ö. B., Kanık, A., & Şahin, G. (2015). Sleep quality in patients with chronic low back pain: a cross-sectional study assesing its relations with pain, functional status and quality of life. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(3), 433–441.

Sharp, V. J., Kieran, K., & Arlen, A. M. (2013). Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *American Family Physician*, 88(12), 835–840.

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *The British Journal of Surgery*, 107(2), e70–e80.

Soares-Filho, G. L., Freire, R. C., Biancha, K., Pacheco, T., Volschan, A., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2009). Use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a cardiac emergency room: chest pain unit. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 64(3), 209–214.

Solepure, A.B. (2020). Physiology of pain a review. *Journal of Medical Sciemce and Care Resarch*, 8(12):224-233.

Sonneborn, O., & Williams, A. (2020). How does the 2020 revised definition of pain impact nursing practice?. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), e25-e28.

Stevens B. (2021). Revisions to the IASP definition of pain-What does this mean for children?. *Paediatric & Neonatal Pain*, 3(3), 101–105.

Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Botella, C., & Ribera-Canudas, M. V. (2017). Pain catastrophizing and its relationship with health outcomes: does pain intensity Matter?. *Pain Research & Management*, 2017, 9762864.

Şavk, A., Kebapçı, E., & Özcan, S. (2022). Determination of disease perception and anxiety level in preoperative surgery patients. *İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Dergisi*, 32(1), 85-92.

Şenyüz, K.Y., & Koçalışlı, S. (2017). Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 90-95.

Şimşek, N., & İspir, S. (2019). Diş hekimliğinde anksiyete. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 1, 15-20.

Tcherny-Lessenot, S., Karwowski-Soulié, F., Lamarche-Vadel, A., Ginsburg, C., Brunet, F., & Vidal-Trecan, G. (2003). Management and relief of pain in an emergency department from the adult patients' perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(6), 539–546.

Tekin, H., & Polat, Ü. (2018). Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 28(1), 14-22.

Téoule, P., Laffolie, J., Rolle, U., & Reissfelder, C. (2020). Acute appendicitis in childhood and adulthood. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(45), 764–774.

Thompson, O. J., Powell-Roach, K., Taylor, J. L., Terry, E. L., & Booker, S. Q. (2022). Pain catastrophizing: A patient-centered approach to assessment. *Nursing*, 52(4), 26–30.

Turan, M., Şen, M., Koyuncu, A., Aydın, C., Karadayı, K., & Canbay, E. (2002). Yeni gelişmeler ışığında akut karın. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24, 45-52.

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Ek 4*, 12-16.

Türker Karacan, Ş., Beceren, N., Yolcu, S., Armağan, H., & Tomruk, Ö, (2015). Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi. *Genel Tıp Dergisi*, 25(1), 1 – 7.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Tiraj Basım ve Yayın Sanayi Ticaret Ltd. Şti., Ankara.

Ugurlu, M., Ugurlu, G.K., Erten, S., Caykoylu, A. (2017). Validity of Turkish form of Pain Catastrophizing Scale and modeling of the relationship between pain-related disability with pain intensity, cognitive, and emotional factors. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 189-196.

Valverde-López, F., Martínez-Cara, J. G., & Redondo-Cerezo, E. (2022). Acute pancreatitis. Pancreatitis aguda. *Medicina Clinica*, 158(11), 556–563.

Varallo, G., Scarpina, F., Giusti, E. M., Suso-Ribera, C., Cattivelli, R., Guerrini Usubini, A., Capodaglio, P., & Castelnuovo, G. (2021). The role of pain catastrophizing and pain acceptance in performance-based and self-reported physical functioning in individuals with fibromyalgia and obesity. *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), 810.

Velissaris, D., Karanikolas, M., Pantzaris, N., Kipourgos, G., Bampalis, V., Karanikola, K., Fafliora, E., Apostolopoulou, C., & Gogos, C. (2017). Acute abdominal pain assessment in the emergency department: the experience of a Greek University Hospital. *Journal of Clinical Medicine Research*, 9(12), 987–993.

Vilz, T. O., Stoffels, B., Strassburg, C., Schild, H. H., & Kalff, J. C. (2017). Ileus in Adults. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(29-30), 508–518.

Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: Review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 77.

Woo A. K. (2010). Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain*, 4(1), 8–12.

Wooldridge, S., & Branney, J. (2020). Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: a literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(4), 212–220.

Xue, J., Zhao, Q., Sharma, V., Nguyen, L. P., Lee, Y. N., Pham, K. L., Edderkaoui, M., Pandol, S. J., Park, W., & Habtezion, A. (2016). Aryl hydrocarbon receptor ligands in cigarette smoke induce production of interleukin-22 to promote pancreatic fibrosis in models of chronic pancreatitis. *Gastroenterology*, 151(6), 1206–1217.

Yadav, D., Hawes, R. H., Brand, R. E., Anderson, M. A., Money, M. E., Banks, P. A., Bishop, M. D., Baillie, J., Sherman, S., DiSario, J., Burton, F. R., Gardner, T. B., Amann, S. T., Gelrud, A., Lawrence, C., Elinoff, B., Greer, J. B., O'Connell, M., Barmada, M. M., Slivka, A., ... North American Pancreatic Study Group (2009). Alcohol consumption, cigarette smoking, and the risk of recurrent acute and chronic pancreatitis. *Archives of Internal Medicine*, 169(11), 1035–1045.

Yağcı, Ü., & Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220.

Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., & Uygur, F. (2007). Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill Pain Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(7), 1083-1087.

Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. (2003). Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 95-101.

Yeşilyurt, M., & Faydalı, S. (2020). Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 444-451.

Yılmaz Karabulutlu, E. & Karaman, S. (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3) , 271-284.

Yücel, A. (2014). Ağrı mekanizmaları. Aslan FE. (Eds). *Ağrı doğası ve kontrolü* içinde (ss.37-44). Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.

Yüksel, N. (2014). Ruhsal hastalıklar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi p. 193–204.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

Zuluaga A., Mejía J., López J., Ruiz T., Sánchez L., Ochoa J., & Zuluaga N (2017). Acute Abdominal pain in obese and overweight patients: a different clinical scenario? a prospective study with MDCT evaluation in an urban adult population. *Revista Colombiana de Radiología* 28(1), 4600-4608.

10. EKLER

EK-1. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ KONUSU KABUL KARAR FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/09/2020-E.66292



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Duygu HELVACI Tez Konusu.

SBE HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 03.09.2020 tarih ve 27/8 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Duygu HELVACI'nın tez konusunun, etik kurul onayı ile birlikte (etik kurul gerekli ise) "**Akut Karın Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Ağrı, Hastalık Algısı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.mcbu.edu.tr

Bilgi İçin: Nuray Engin
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



**EK-2. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ETİK KURULU KARAR FORMU**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	04/11/2020 / 20.478.486 / 602		
ARAŞTIRMANIN ADI	Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Emel YILMAZ - Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Duygu HELVACI		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	30 / 10 / 2020 / Tarih ve 36272 Sayılı; dilekçe		
KARAR BİLGİLERİ	Düzeltilme dilekçeniz incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☐	☐	Doç. Dr. Selhan ÖZBEY Spor Bilimleri Fakültesi	☐	☒
Prof. Dr. Özge YILMAZ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	☐	☐
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYÜ Halk Sağlığı AD	☐	☐	Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	☐	☐
Prof. Dr. Pınar ÇELİK Göğüs Hastalıkları A.D.	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☐	☒
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	☐	☐
Prof. Dr. Serkan ERKAN Ortopedi AD.	☐	☐	-----	-----	☐

Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme -- Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname -- Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Murat DEMET
BAŞKAN

**EK-3. T.C. İZMİR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA
İZİN FORMU**

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.02.2021-31309



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu
HELVACI'nın Bilimsel Araştırması

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Prof. Dr. Emel YILMAZ" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu HELVACI'nın hazırlamış oldukları "**Akut Karın Ağrısı İle Başvuran Hastalarda Ağrı, Hastalık Algısı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi M.Burak ÖZTOP
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri
Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAK

Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34

e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Uzman

Telefon No: (0 232) 445 24 95

**EK-4: T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

CALIŞMANIN ADI :

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Acil servisler hastanelerin halkla birebir iletişiminin olduğu en yoğun bölümlerdir. Hastaneye başvuran hastaların büyük çoğunluğu acil servise gelerek tedavi olmakta ya da diğer birimlere sevk edilmektedir. Bu nedenle acil serviste verilen tedavi ve bakımın önemi büyüktür. Ağrı genellikle acil servise gitme nedenidir ve çoğu kez yeterince tanımlanmamıştır. Akut karın ağrısı ise insanların sağlık bakım kuruluşlarına başvurmalarıyla sonuçlanan en yaygın sorunlardan biridir. Çalışma akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ağrı, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek bulgular sonraki çalışmalara rehber olacak ve kanıta dayalı verilerin elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca hasta bakım kalitesini arttırarak hasta memnuniyetini arttıracakı düşünülmektedir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmada size acil servise başvurma neden olan karın ağrınız ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Soruları cevaplama süreniz yaklaşık 15-20 dakikadır.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak acil servise karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların ağrılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yardımcı olacaksınız. Bu çalışmaya katılarak acil servislerdeki eksikliklerin giderilerek ileriye dönük planlamaların yapılmasına ve böylece daha etkin, daha hızlı çalışan acil servislerin oluşturulmasına

katkıda bulunmuş olacaksınız. Ayrıca bilim dünyası için yararlı bir araştırmada sizin de payınız olacaktır

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada sadece size yöneltilen soruları yanıtlamanız istenecektir. Çalışmaya katılmanızın size olası bir zararı olmayacaktır. Sadece 15-20 dakikalık bir zaman kaybınız olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmada sadece size yöneltilen soruları yanıtlamanız istenecektir. Araştırma için size sorduğumuz sorulara vereceğiniz yanıtlar verilerimizi oluşturacaktır. Çalışmaya katılmanızın size olası bir zararı olmayacaktır. Bu bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz tamamen gizlilik güvencesi altında tutulacak, bunun dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır.

ÇALIŞMA SÜRESİNCE ALINACAK COVID-19 ÖNLEMLERİ:

Anket formları acil tıp kliniğinde gözlem odasında hastanın sedyesinin bulunduğu alanda perde çekilerek uygulanacaktır. Burada sadece araştırmacı ve hasta bulunacak, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilecektir. Anket formlarının uygulanması sırasında hasta ve araştırmacıda maske olmasına dikkat edilecektir. Aynı zamanda araştırmacı cerrahi önlük de giyecektir. Anket formları uygulanmadan önce el hijyeni; el yıkama ya da el antiseptiği ile sağlanacaktır. Hasta ile araştırmacı arasında en az 1.5 metrelik sosyal mesafe olmasına dikkat edilecektir. Formlar herhangi bir kişiye temas etmeden araştırmacı tarafından doldurulacak ve ayrı bir torbaya konacaktır. Anket formlarının doldurulmasında kullanılan kalem her uygulamadan sonra dezenfekte edilecektir. Toplanan anketler analiz edilmeden önce bir hafta süresince ağzı kapalı poşetlerin içerisinde bekletilecektir. Sedyeler her hastadan sonra dezenfekte edilecek ve yeni hasta dezenfekte edilmiş sedyeye alınacaktır. Bu süreçte maske ve dezenfektan araştırmacı tarafından temin edilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Prof. Dr. Emel YILMAZ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi (Tel: 0[])
2. Hemşire Duygu HELVACI Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
(Tel: 0[])

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
---------------------	--	----------------

<i>Adres ve Telefon:</i>	
--------------------------	--

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK- 5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz : ☐ Erkek ☐ Kadın

3. Boyunuz: Kilonuz:.....

4. Eğitim Durumunuz:

☐ Okuryazar değil ☐ Okur-yazar veya ilköğretim mezunu ☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu ☐ Yüksek okul / Üniversite mezunu

☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

5. Medeni Durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

6. Mesleğiniz:

☐ Emekli ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi

☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

7. Gelir durumunuz:

☐ Ortalamanın epey üstünde (zengin) ☐ Ortalamanın biraz üstünde

☐ Ortalama düzeyde

☐ Ortalamanın biraz altında

☐ Ortalamanın epey altında (fakir)

8. Çalışma durumunuz:

☐ Evet (Lütfen işinizi belirtiniz) ☐ Hayır

9. Halen yaşadığınız yer:

☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy/kasaba ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

10. Sigara kullanma durumunuz:

☐ Halen içiyor ☐ İçmiş bırakmış ☐ Hiç içmeyen

11. Alkol kullanma durumunuz:

☐ Halen içiyor ☐ İçmiş bırakmış ☐ Hiç içmeyen

12. Daha önce önemli bir hastalık geçirdiniz mi?

☐ Evet (Lütfen hastalığı belirtiniz) ☐ Hayır

13. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır

14. Aşağıdaki hastalıklardan sizde sürekli olarak, geçmeyen var olan kronik hastalıkları işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Psikolojik hastalıklar

☐ Kalp hastalığı

☐ Hipertansiyon

☐ Yüksek kolesterol

☐ Periferik damar hastalıkları

☐ Diyabet

☐ Kronik hepatit, siroz

☐ Pulmoner hastalıklar

☐ Obezite

☐ Fiziksel engellilik

☐ Böbrek hastalıkları

☐ Osteoporoz

☐ GİS Hastalıkları (ülser)

☐ Endokrin hastalıkları

☐ Uyku sorunları

☐ Kas iskelet sistemi hast.

☐ Kronik ağrı (Kronik bel ağrısından başka)

☐ Nörolojik hastalıklar (Parkinson)

☐ Serobrovasküler hastalıklar (inme)

☐ Diğer (lütfen belirtiniz).....

15. Daha önce hastaneye yatma durumu

☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır

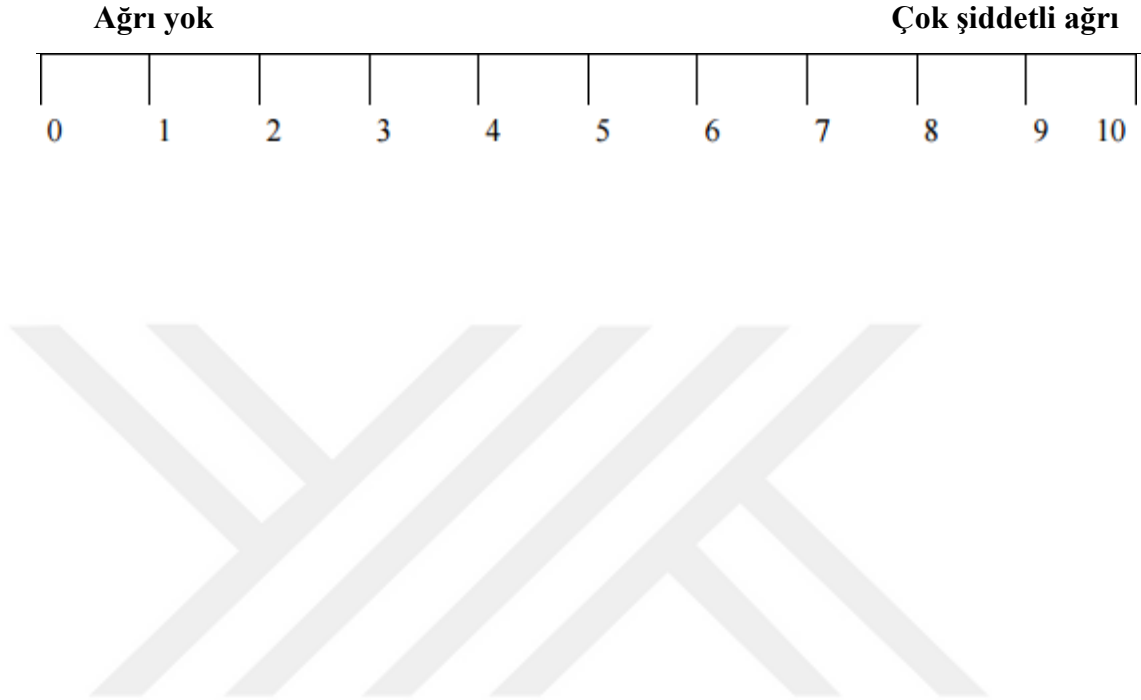
16. Daha önce ameliyat olma durumu:

- ☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
17. Ne zamandır bu hastalıktan şikayetçisiniz?.....gün
18. ☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
19. Hastalığınızın adı:.....
20. Acil servise geliş nedeni:.....
21. Ağrınızın yeri:.....
22. Ağrınız ne zaman başladı?.....
23. Ağrı başlangıcından ne kadar süre sonra acil servise başvurdunuz?.....
24. Ağrınıza yönelik bir herhangi bir şey uyguladınız mı?.....
- ☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
25. Ağrınız için ilaç aldığınız mı?
- ☐ Evet (Lütfen adını belirtiniz) ☐ Hayır
26. Normal yaşantınızda çok sık ağrı yaşar mısınız?
- ☐ Evet ☐ Hayır
27. Normal yaşantınızda ağrı yaşadığınızda ağrınızla nasıl baş edersiniz?
- ☐ Ağrı kesici alırım ☐ Ağrıyan yere masaj yaparım
- ☐ Müzik dinlerim ☐ Sıcak uygulama yaparım
- ☐ Soğuk uygulama yaparım ☐ Uyurum
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)
28. Acil serviste kalış süresi:.....
29. Akut karın ağrısının sonuçlanma durumu:
- ☐ Şifa ile taburcu ☐ Hastane içi başka servise sevk ☐ Başka hastaneye sevk
- ☐ Tedaviden vazgeçme ☐ Kayıt bilgisi yok ☐ Ölüm
30. Hastanın gönderildiği servis:.....
31. Uygulanan analjezik türü:
- ☐ NSAİ ☐ NSAİ+Opioid ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.....)
32. Analjezik dozu:.....
33. Yaşam bulguları
- TA:
- Nabız:
- Solunum:
- Ateş:

EK- 6. VISUAL ANALOG SKALA (VAS)

Yaşadığınız ağrının şiddetini aşağıdaki ölçekte belirtiniz.

AĞRI ŞİDDETİ



EK-7. MCGILL MELZACK AĞRI ÖLÇEĞİ-KISA FORM

DURUM	YOK (0)	HAFİF (1)	ORTA (2)	ŞİDDETLİ (3)	
ZONKLAMA					
ŞİMŞEK ÇAKAR GİBİ					
BIÇAK SAPLANIR GİBİ					
KESKİN					
KRAMP TARZINDA					
KEMİRİCİ					
SICAK-YANICI					
SANCI VERİCİ					
EZİCİ					
HASSASLAŞTIRICI					
YANICI-PARÇALAYICI					
YORAN-TAKATSİZ BIRAKAN					
HASTA EDİCİ					
KORKUTUCU					
CEZALANDIRICI-ZALİMCE					
AĞRI					
YOK 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 DAYANILMAZ					
AĞRININ ŞİDDETİ	Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz

EK-8. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan soruların her biri için, size en uygun olan cevabı lütfen daire içine alınız:

1- Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (Sonuçlar)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor
2- Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz? (Kişisel Kontrol)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç kontrolüm yok Çok fazla kontrolüm var
3- Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz? (Tedavi Kontrolü)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç iyi gelmeyecek Çok iyi gelecek
4- Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz? (Hastalık Kimliği)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Belirti hiç yok Belirti çok fazla
5- Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz? (Endişe)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç endişe duymuyorum Çok fazla endişe duyuyorum
6- Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz? (Hastalık Anlaşılabilirliği)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç anlamıyorum Çok iyi anlıyorum
7- Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyor ya da bunaltıyor mu?) (Duygu Durumu)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Duygusal olarak hiç etkilemiyor Duygusal olarak çok fazla etkiliyor
8- Lütfen hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız. <i>Benim için en önemli nedenler:</i> 1..... 2..... 3.....

EK-9. AĞRIYI FELAKETLEŞTİRME ÖLÇEĞİ

Herkes hayatının belirli dönemlerinde ağrı durumunu deneyimler. Bu durumlar; baş ağrısı, diş ağrısı, eklem veya kas ağrısı olabilir. İnsanlar sıklıkla hastalık, yaralanma, dental prosedürler veya cerrahiler yüzünden ağrıya maruz kalır.

Talimatlar:

Ağrılı olduğunuz zamanlardaki düşüncelerinizle ve hislerinizle ilgilenmekteyiz. Aşağıda ağrı ile ilişkili düşünceler ve hislerin yer aldığı 13 madde yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ölçekleri kullanarak ağrınız olduğundaki düşünce ve hislerinizi derecelendirerek işaretleyiniz. **Ağrım olduğunda...**

	Yok	Hafif	Orta	Yüksek	Her Zaman
Ağrının bitip bitmeyeceği hakkında sürekli endişelenirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bu duruma daha fazla katlanamayacağımı hissederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bu ağrının korkunç olduğunu ve hiçbir zaman iyileşmeyeceğini düşünürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bu ağrının berbat olduğunu ve beni mahvettiğini hissederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Buna daha fazla dayanamayacağımı hissederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ağrı daha da kötüleşecek diye korkarım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Başka ağrılı durumları düşünüp dururum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Tedirgin bir şekilde ağrının geçmesini isterim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ağrıyı aklımdan bir türlü çıkaramadığımı fark ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Sürekli ağrının ne kadar acı verdiğini düşünürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ağrının durmasını ne kadar çok istediğimi düşünürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ağrının şiddetini azaltmak için yapabileceğim hiçbir şeyin olmadığını düşünürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ciddi bir durumun ortaya çıkıp çıkmayacağını merak ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK- 10. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil

- ☐ Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

Araştırmaya sağladığınız katkı için teşekkür ederiz...

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Duygu	Soyadı	HELVACI
-----	-------	--------	---------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Hemşirelik	2019
Önlisans	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi/Acil Durum ve Afet Yönetimi (2018-2020)	2020

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Tıp Kliniği	2020-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Başlangıç

	Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS /e YDS	ÜDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,33	72,74	71,70

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	Çok iyi

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: Akut Karın Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Ağrı, Hastalık Algısı,
Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Tezime ilişkin 16/09/2022 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%9 (Dokuz)** dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza: 16.09.2022

Adı Soyadı : Duygu HELVACI
Öğrenci No : 191359001
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN ONAYI

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka **DEPO YOK** şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>