



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**ALGOLOJİ HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI İLE
AĞRIYLA
BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU BABADAĞ

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN**

2014



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**ALGOLOJİ HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI İLE
AĞRIYLA
BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU BABADAĞ

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Burcu BABADAĞ 'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih
08 /09 / 2014

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Ertuğrul ÇOLAK



Üye: Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN



Üye: Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖRSAL



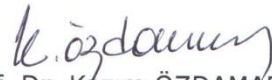
Üye: Yrd. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ



Üye: Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09/09/2014 tarih ve 10/3/14 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Kazım ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

Özet

Ağrı, gerek dünyada gerekse ülkemizde oldukça yaygın görülen ve giderek artan bir sağlık problemidir. Ağrının kişi tarafından ifade edilişi; yaş, cinsiyet, duygusal durum, yaşanan ağrı deneyimi, etnik ve kültürel farklılıklar, ağrı davranışı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile başa çıkma tutumları, sosyal destekleri, aldığı tanılar, sağlık güvenceleri hastanın ağrı denetimi üzerinde etkilidir. Özellikle bu etkenler arasında ağrı inançları kavramı ön plana çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda ağrı şikayeti yaşayan bireylerin ağrının organik ya da psikolojik kökenli oluşu ile ilgili inançlarının ağrı ile baş etme stratejilerinde farklılıklar yaratabileceği belirtilmektedir. Araştırmamız; algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan, tanımlayıcı çalışmadır. Araştırmanın örneklemini 15 Mayıs 2014 - 15 Temmuz 2014 tarihleri Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Algoloji Servisi'nde dahil edilme kriterlerine uyan 201 yatan hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Spearman korelasyon, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hastaların ağrı yaşama süresi 1 ay ile 40 yıl arasında değişmekte olup, ortalama ağrı yaşama süresi 68.37 ± 89.42 aydır. Hastaların organik inançlar puan ortalaması 3.97 ± 0.78 , psikolojik inançlar puan ortalaması 5.01 ± 1.01 'dir. Hastaların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p < 0.001$, $r = -.388$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.331$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p < 0.001$, $r = .365$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır. Hastaların organik inançları ile tıbbi çare arama durumu ($p > 0.05$, $r = .065$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların psikolojik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma puanı ($p < 0.05$, $r = .162$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, çaresizlik ($p > 0.05$, $r = -.025$), bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ($p > 0.05$, $r = .128$) ve tıbbi çare arama puanı ($p > 0.05$, $r = .017$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ayrıca hastaların organik inançlar puanı ile opioid kullananların, ağrı kontrolünün kendisinde olduğu inancına sahip olanların arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bireylerin ağrının bedendeki bir hasar, yaralanma gibi organik kökenli olduğuna inancı ağrıyla baş etme durumunu olumsuz yönde etkilemekte, birey kendini daha fazla çaresiz hissetmektedir. Ağrı yönetiminde bireyin ağrı inançlarına uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, bunun yanında ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların farklı grup hastalar üzerinde ve daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Ağrı inançları, ağrıyla başa çıkma, ağrı yönetimi, hemşirelik bakımı

Summary

Pain is a quite common and growing health problem both in our country and in the world. Pain expression is affected by many factors such as patient's age, gender, emotional condition, experience of pain, ethnic and cultural differences and pain behavior. The patient's beliefs, expectations, attitudes of coping with pain, social support, diagnoses and health insurance are effective on the patient's pain control. Especially, concept of pain beliefs comes into prominence among these factors. According to studies individuals who complain pain their belief which is associated with organic or psychological origin of the pain may create differences in patients' pain coping strategies. This descriptive study was carried out to evaluate correlation between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. This study was carried out at Eskisehir Osmangazi University Hospital Training and Research Hospital Algology Service between 15 May - 15 July 2014. The study sample was included 201 patients who have inclusion criteria. The research instruments were used a Descriptive Characteristics Questionnaire which is prepared from literature by researcher, The Pain Beliefs Questionnaire and the Pain Coping Questionnaire. Data were evaluated by descriptive statistical methods, Spearman's correlation, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis test. According to the findings obtained from this study; duration of pain of the patients ranged from 1 month to 40 years, mean duration of pain was 68.37 ± 89.42 months. Patients' organic beliefs mean score was 3.97 ± 0.78 , psychological beliefs mean score was 5.01 ± 1.01 . Between patients' organic beliefs score self-management ($p < 0.001$, $r = - .388$) and conscious cognitive interventions score ($p < 0.001$, $r = - .331$) was a significant negative correlation, with a helplessness score ($p < 0.001$, $r = .365$) was a positive correlation. There is no relationship between patients' medical care and organic beliefs score ($p > 0.05$, $r = .065$). Between patients' psychological beliefs score and self-management score was a positive correlation ($p < 0.05$, $r = .162$). There is no relationship between psychological beliefs score and other subscales of Pain Coping Questionnaire. Moreover, there is significant difference between organic beliefs score and patients who use opioid analgesic. Patients who have beliefs of pain's origin is a organic causes such as damage and harm in the body, cannot cope with pain and feel more helplessness. Appropriated nursing interventions for individuals pain beliefs should be implemented to nursing care plans on pain management. In addition, the investigations which are analyzing the relationship between pain beliefs and coping with pain should be carried out on a larger and different groups of patients.

Key words: Pain beliefs, cope with pain, pain management, nursing care.

İçindekiler

KABUL VE ONAY SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Özet	iii
Summary	iv
İçindekiler	v
Tablo Dizini	viii
Şekil Dizini	ix
Simge ve Kısaltmalar Dizini	x
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2- GENEL BİLGİLER	4
2.1- Ağrı ve Tanımı.....	4
2.2- Ağrının Tarihçesi	4
2.3- Ağrı Sınıflaması	5
2.4- Ağrı Mekanizması ve Nörofizyolojisi	7
2.5- Ağrı Teorileri.....	9
2.5.1- Spesifite teorisi.....	9
2.5.2- Patern teorisi.....	9
2.5.3- Kapı kontrol teorisi.....	9
2.5.4- Endorfin teorileri.....	9
2.6- Ağrıyı Etkileyen Faktörler.....	10
2.6.1- Bilişsel etkenler	10
2.6.2- Duygusal etkenler.....	11
2.6.3- Davranışsal etkenler.....	11
2.6.4- Cinsiyet etkeni.....	11
2.6.5- Etnik ve kültürel etkenler.....	11
2.6.6- Çevresel etkenler.....	11
2.7- Ağrıda Tedavi Yöntemleri.....	12
2.7.1- İlaç tedavisi	12
2.7.2- Girişimsel yöntemler.....	13
2.7.3- İlaç dışı yöntemler.....	14
2.8- Ağrı Yönetimi ve Hemşirenin Rolü.....	20
3- GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
3.1- Araştırmanın Şekli.....	26
3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3- Araştırmanın Evreni-Örnekleme.....	26

3.4- Araştırmanın Ön Uygulaması.....	27
3.5- Araştırmanın Uygulanması.....	27
3.5.1- Veri toplama araçları	27
3.5.2- Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu (Ek-2):.....	27
3.5.3- Ağrı İnançları Ölçeği (Ek-3):.....	277
3.5.4- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (Ek-4):.....	28
3.6- Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
3.7- Verilerin Değerlendirilmesi	299
3.8-Araştırmanın Etik Yönü	30
3.9- Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4- BULGULAR.....	31
4.1- Tanıtıcı Özellikler.....	31
4.2- Ağrı İnançları Ölçek Puanları.....	38
4.3- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları	38
4.4- Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu	38
4.5- Yaş, Ağrı ve Tedavi Süresi İle Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu	40
4.6- Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	41
4.7-Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	44
4.8- Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması.....	48
5- TARTIŞMA	52
5.1-Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarının Tartışılması.....	52
5.2- Yaş, Ağrı, Tedavi Süresi ve Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması	56
5.3-Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması.....	57
5.4- Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması	58
6-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1- Sonuçlar.....	60
6.2- Öneriler.....	60
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	62
Ekler Dizini	74
Ek-1- Güç Analizi.....	74

Ek-2- Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu	75
Ek-3- Ağrı İnançları Ölçeği.....	77
Ek-4- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği	78
Ek-5- Etik Kurul Karar Formu	80
Ek-6- Hastane İzin Formu.....	84
Ek-7- Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	85
Özgeçmiş.....	87

Tablo Dizini

Tablo 4.1.1 Sosyo-Demografik Özellikler(n=201)	32
Tablo 4.1.2 Hastalık Öyküsü (n=201).....	34
Tablo 4.1.3 Ağrıya İlişkin Özellikler (n=201).....	36
Tablo 4.2.1 Ağrı İnançları Ölçeği Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.3.1 Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	38
Tablo.4.4.1 Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu	39
Tablo 4.5.1 Yaş, Ağrı ve Tedavi Süresi İle Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu.....	40
Tablo 4.6.1 Sosyo-demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6.2 Sosyo-demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.7.1 Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.7.2 Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8.1 Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	50
Tablo 4.8.2 Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	51

Şekil Dizini

Şekil 2.1 DSÖ Analjezik Merdiven Sistemi.....	12
---	----

Simge ve Kısaltmalar Dizini

IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM- IV	: Mental Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik IV
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TENS	: Transkutan Sinir Stimülasyonu
AİÖ	: Ağrı İnançları Ölçeği
ABÖ	: Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği
Aσ	: A delta
M.Ö.	: Milattan Önce
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
BAT	: Burford Ağrı Termometresi
NSAİ	: Non-Steroid Anti İnflamatuar
DCS	: Dorsal Kord Stimulasyonu
HKA	: Hasta Kontrollü Analjezi
Ort	: Aritmetik Ortalama
SS	: Standart Deviation

1-GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, gerek dünyada gerekse ülkemizde oldukça yaygın görülen ve giderek artan bir sağlık problemidir (Kuru vd., 2011). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı tarafından (IASP= International Association for the Study of Pain) yapılan tanıma göre ağrı; "var olan ya da olası doku hasarına eşlik eden, bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim"dir (Merskey & Bogduk, 1986). Ağrı süresine göre akut ağrı ve kronik ağrı şeklinde gruplandırılmaktadır. Akut ağrı; başlangıcı ani ve şiddetli olan, yara iyileşme süreci ile uyumlu olarak ortadan kaybolan bir belirtidir. Kronik ağrı ise akut yaralanma ya da hastalığın dışında seyreden, devam eden veya tekrarlayan ağrı olarak tanımlanabilir ve üç-altı aydan uzun sürer. Ayrıca kronik ağrı, kişinin yaşam kalitesini düşüren, bireyin refahını olumsuz etkileyen, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı karmaşık bir tablodur (ACPA 2013; Aydın, 2002; Eti Aslan, 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan Medikal Harcama Paneli Anketi (Medical Expenditure Panel Survey) sonuçlarına göre, yaklaşık yüz milyon yetişkinin kronik ağrıdan etkilendiği ve kronik ağrı ulusal maliyetinin yıllık olarak yaklaşık \$560 ve \$635 milyar arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Ayrıca; yetişkinde kronik ağrının görülme oranının dünya genelinde %2.0 - %55.0 arasında, ABD'de ise %14.6 - %64.0 arasında değiştiği belirtilmektedir (Larner, 2013). Bireylerin ağrı şikayeti yaşama durumları yaş ve cinsiyet ile de değişebilmektedir. ABD'de 2010 yılında internet tabanlı yapılan bir araştırmada kişilerin %30.7'sinin kronik ağrı şikayeti yaşadığı, kadınlarda (%34.3) ağrı şikayetinin erkeklere göre (%26.7) daha sık görüldüğü ve artan yaş ile birlikte ağrı şikayetinin arttığı bulunmuştur (Johannes, Le, Zhou, Johnston, & Dworkin, 2010).

Ülkemizde ise Erdine ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında kronik ağrı prevalansının %76.6 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik ağrıların, 35-44 yaş grubunda, kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Erdine, Hamzaoğlu, Özkan, Balta, & Domaç, 2001). Yine Ünde-Ayvat ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bir yıl boyunca Algoloji Polikliniği'ne başvuran hastalarda ağrı prevalansının %73.0 olduğu belirtilmiştir (Ünde Ayvat, Aydın, & Ogurlu, 2011).

Ağrı; romatoid artrit, fibromiyalji, osteoporoz gibi çeşitli eklem hastalıklarının ve özellikle yaşla birlikte görülme sıklığı artan birçok kronik hastalığın semptomlarından biridir (Özyalçın, 2007b). Ayrıca kanser gibi uzun süreli tedavi gerektiren ve şiddetli ağrı semptomlarının görüldüğü hastalıklarda da önemli bir problemdir. Yaşam süresince pek çok nedenle ve oldukça sık görülen ağrının; sadece çeşitli hastalıkların bulgusu olarak görülmesinden çok, özellikle kronik ağrının başlı başına bir hastalık olarak ele alınması önemlidir.

Ağrının kişi tarafından ifade edilişi; yaş, cinsiyet, duygusal durum, yaşanan ağrı deneyimi, etnik ve kültürel farklılıklar, ağrı davranışı gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Eti Aslan, 2011). Hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile başa çıkma tutumları, sosyal destekleri, aldığı tanılar, sağlık güvenceleri, hatta işverenlerinin yaklaşımı hastanın ağrı denetimi üzerinde etkilidir (Peker Salt, 2007; Turk, 1999). Özellikle bu etkenler arasında ağrı inançları kavramı ön plana çıkmaktadır. İnançlar, kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden almaktadır. Ayrıca; ağrı inançları kognitif (bilişsel) bakış açısında; kişinin taşıdığı olduğu düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis ağrı inançlarının bilişler, düşünceler, tutumlar ve duygular olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca Ellis'e göre inançlar sabit gerçekler değil, gözlenebilir, test edilebilir, değiştirilebilen hipotezlerdir. Ağrıyla baş etme yöntemlerinden biri olarak kullanılan bilişsel davranışçı terapi; ağrı ile baş etme stratejileri, dikkat dağıtma teknikleri, stresle baş etme stratejileri, hastaların ağrılarını kontrol etmelerine yarayacak içsel kaynakları öğrenmelerini sağlayarak içsel kontrol odakları yaratmalarına yol açmaktadır. Bunun yanında bireylerin temeldeki irrasyonel inançlarını sorgulamaktadır (Ellis, 1997; T. J. Sharp, 2001). Buna göre ağrı inançlarıyla yapılan çalışmalarda; tedaviyi bırakanların olumsuz ağrı inançlarının daha güçlü olduğu ve bu inançların tedavi sırasında azalacağı öngörülmüştür (Rainville, Ahern, & Phalen, 1993). Walsh ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kronik bel ağrısı şikayeti yaşayan ve Ağrı İnançları Ölçeği Organik İnanç skoru yüksek olan hastaların fiziksel yetersizlik düzeyinin daha yüksek olduğu ve organik ağrı inançlarının fiziksel yetersizlik ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca; hastaların ağrı doğası ve tedavisi ile ilgili inançlarının bilişsel-davranışsal müdahalelere dayalı multidisipliner ağrı yönetimi programları ile değiştirilebileceği ifade edilmiştir (Walsh & Radcliffe, 2002). Yine Cornally ve McCarthy'nin (2011) yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanlarda ağrının kökeninin orta yaşa bağlı olması inancının yaygın olduğu, özellikle ağrının organik kökenli oluşuna inanan bireylerin yardım talep etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Cornally & McCarthy, 2011). Jensen ve arkadaşlarının çalışmalarında kişilerin sonuç beklentilerine ve kendi baş etme becerilerine dair inançlarının, kullandıkları baş etme becerileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Jensen, Turner, & Romano, 1991). Yine başka bir çalışmada; ağrı inançlarının multidisipliner ağrı tedavi sonuçlarının hastanın inançları, bilişleri ve baş etme tepkileri ile ilişkili olduğu söylenmiştir (Jensen, Turner, & Romano, 2001).

Özellikle uzun süreli ağrı şikayeti yaşayan bireylerin ağrıyla başa çıkma durumları değişiklik göstermektedir. Buna göre, Madenci ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda ağrı ile başa çıkma durumları Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği ile değerlendirildiğinde, kronik ağrı şikayeti yaşayan hastalarda kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler daha anlamlı, fibromiyalji sendromlu hastalarda ise çaresizlik daha anlamlı olarak bulunmuştur (Madenci, Herken, Yağız, Keven, & Gürsoy, 2006). Yine Ataoğlu ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında ise fibromiyaljili hastalar ağrı ile başa

çıkma da tıbbi çare arama ve çaresizlik girişimlerini daha fazla kullanırken, osteoartrozlu hastaların ise kendi kendine başa çıkma ve tıbbi çare arama girişimlerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur (Ataoğlu vd., 1998). Dolayısıyla bireylerin ağrıyla baş etme durumları değişiklik göstermekte ve bireyin ağrı inançlarının ağrıyla baş etmesi üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yaşanılan ağrı şikayeti bireyler için sıkıntı oluşturmakta ve ağrının yönetiminde hemşire, hekim ve diğer ilgili sağlık personelinde oluşan bir ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Primer bakımın kilit grubu olan hemşireler bu ekip içerisinde ağırlı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözlemlene ve değerlendirme imkanına sahiptir. Hemşirenin ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, ağrı yönetiminde çeşitli farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri uygulaması, uygulama sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (Eti Aslan & Badır, 2005). Özellikle ağırlı hastaya yaklaşım konusunda hastanın ağrı inançlarının sorgulanması, bu inançların bireyin ağrıyla baş etme yollarına etkisinin değerlendirilmesi ve bireye uygun bir baş etme yönteminin seçilmesi açısından hemşirelere çeşitli sorumluluklar düşmektedir (Kocaman, 1994).

Yapılan çalışmalarda ağrı şikayeti yaşayan bireylerin ağrının organik ya da psikolojik kökenli oluşu ile ilgili inançlarının ağrı ile baş etme stratejilerinde farklılıklar yaratabileceği belirtilmektedir (Baird & Haslam, 2013; Briggs vd., 2010; Cornally & McCarthy, 2011; Ruzicka, Sanchez-Reilly, & Gerety, 2007; Slater, Briggs, Watkins, Chua, & Smith, 2013; Sloan, Gupta, Zhang, & Walsh, 2008; Walsh & Radcliffe, 2002). Fakat literatürde bu konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bireyin ağrı inançlarının bilinmesi; hemşirelik girişimlerinde bireyin ağrı inancına göre uygun baş etme yönteminin seçilmesine dolayısıyla etkin ağrı yönetimine yol açacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmamız; algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1- Ağrı ve Tanımı

Ağrı; duyuşsal, emosyonel ve davranışsal faktörleri içeren karmaşık bir etkileşimdir. Dolayısıyla ağrının tanımı ve tedavisi tüm bu faktörleri içermelidir (Basler vd., 2011). Ağrı; Latince de ceza, işkence, intikam anlamına gelen "poena" kelimesinden gelmektedir (Kocaman, 1994). Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre ağrı; vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acıdır (Türk Dil Kurumu). Sternbach 1968 yılında ağrıyı soyut bir kavram olarak tanımlamış, ağrının kişisel, özel bir duyu, olası doku hasarını gösteren zararlı bir uyarı ve organizmayı zarardan korumaya çalışan bir yanıt örüntüsü olduğunu söylemiştir (Kocaman, 1994). Ağrının en geçerli tanımı ise Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre ağrı; "var olan ya da olası doku hasarına eşlik eden, bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim"dir (Merskey & Bogduk, 1986). Ayrıca Mc Caffery ağrıyı "Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir" şeklinde tanımlarken, bu tanımda ağrının subjektif bir veri olduğunu, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini kapsamasının önemini vurgulamakta ve daha da önemlisi ağrı yönetiminde güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastaya inanılması gerektiğini söylemektedir (Eti Aslan, 2011).

2.2- Ağrının Tarihçesi

Ağrının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanoğlu var olduğundan beri ağrı ile baş etmek için çeşitli yöntemlere başvurmuştur. Prehistorik dönemin insanı; ağrı ve acılarını dindirmek için bazı içgüdüsel davranışlarda bulunmuştur. Örneğin; bu dönemin insanı ağrıyan, yaralanan organlarını dere ya da göllerin soğuk sularına daldırılmış ya da güneşte kızdırılmış taş parçalarını ağırlı bölgelerin üzerine bastırarak ağrısını dindirmeye çalışmıştır. Kimi zaman da ağrının tanrıların azabı olduğuna inanmışlar ve gerektiğinde insan bile kurban etmeye, büyü yapmaya ve dinsel inançlarıyla ağrıları dindirmeye çalışmışlardır. İran'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde yapılan kazılarda ise prehistorik dönemlere ait özellikle baş ağrıları gidermek için kafatasının açılıp, bir parçasının çıkarılması uygulamasının yapıldığı trepanasyonlara rastlanmaktadır. (Erdine, 2007).

Eski uygarlıklara bakıldığında ise, Eski Mısır Uygarlığı'nda ağrının doğal olaylara ve travmalara bağlı olduğu belirtilmekle beraber fizyolojik ve anatomik olaylar mistik düşüncelerle açıklanmaya çalışılmıştır. Ağrı merkezi olarak ise kalpten söz edilmiştir. M.Ö. 4000 yıl öncesine dayandığı tahmin edilen Eski Hint Uygarlığı'nın kutsal kitabında ise çeşitli bitkisel ve hayvansal kaynaklardan elde edilen ve bugün bile kullanılan analjeziklerden söz edilmektedir. Yine Çin Uygarlığı'nda akupunktura göre vücutta 365 önemli nokta vardır. Önceleri bambu kamışı ve balık

kılıçlarıyla uygulanan bu yöntem sonraları altın, gümüş, çelik iğnelerle uygulanmaya başlanmıştır (Erdine, 2007).

M.Ö. 2250 yıllarına ait Mezopotamya Uygarlığı'nda diş ağrısına karşı yazılmış reçeteye rastlanmış, Eski Yunan Uygarlığı'nda Hipokrat tarafından ağrı "vücuttaki dengesizlik" olarak tanımlanmıştır. İslam tıbbında da ağrı ile ilgili gelişmeler yaşanmış, İbn-i Sina'nın Kanun isimli kitabında ağrı fizyolojisi ve ağrı dindirme yöntemleri yer almaktadır. Tarih boyunca ağrı ile ilgili gelişmeler devam etmiştir. Yakın tarihe bakıldığında ise, 1930-1945 yılları arasında ağrı tedavisinde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Fransız cerrah Leriche kronik ağrıyı ilk kez hastalık olarak tanımlamıştır. Ağrı tedavisinin babası olarak kabul edilen Bonica 1946 yılında ABD'de multidisipliner anlamda ilk ağrı kliniğini kurmuştur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın (IASP= International Association for the Study of Pain) 1974 yılında kurulması ile tüm dünyada ağrı çalışmaları hız kazanmıştır (Erdine, 2007; Meldrum, 2003).

2.3- Ağrı Sınıflaması

Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur.

En sık kullanılan ağrı sınıflaması şu şekilde belirtilmiştir (Erdine, 2007).

Ağrı Sınıflaması:

1.Nörofizyolojik mekanizmaya göre

a) Nosiseptif

i. Somatik

ii. Visseral

b) Nöropatik (nonnoseptif)

i. Nöropatik

ii. Santral

iii. Periferik

c) Psikojenik

2.Süreye göre

a) Akut

b) Kronik

3. Etiyolojik olarak

a)Kanser ağrısı

b) Postherpetik nevralji

c) Orak hücre anemisine bağlı ağrı

d) Artrit ağrısı

4. Ağrı bölgesine göre
- Baş ağrısı
 - Yüz ağrısı
 - Bel ağrısı
 - Pelvik ağrı (Erdine, 2007)

1. Nörofizyolojik mekanizmaya göre

a) Nosiseptif ağrı: Nosiseptif sınıflama, laboratuvar protipi bir ağrıyı tanımlar, hoş gitmeyen bir duyum şeklinde algılanır. Nosiseptörler, sinir sistemi dışında tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptif sınıflama ikiye ayrılır:

i. Somatik: Duysal liflerle taşınır, somatik ağrı daha yoğun ve acı vericidir.

ii. Visseral: Sempatik liflerle taşınır, visseral ağrı yaygın, zor lokalize edilebilen bir ağrıdır.

b) Nöropatik ağrı (nonnosiseptif):

i. Nöropatik ağrı: Nörolojik bir yapı ya da işlevin değişmesi ile ortaya çıkar. Nöropatik ağrının nosiseptif ağrıdan temel farkı sürekli bir nosiseptif uyarının bulunmamasıdır. Patrick Wall periferik nöropatik ağrı için olası dört mekanizma belirlemiştir.

- Sorunu başlatan malfonksiyondur.
- Sinir mekanik olarak duyarlı hale gelir.
- Büyük ve küçük lifler arasında çapraz iletişim oluşur.
- Merkezi işlevlerde bir hasar oluşmuş olmalıdır.

ii. Santral nöropatik ağrı: Merkezi sinir sisteminde talamik ağrı, inme sonrası ağrı, parapleji sonrası ağrı, kuadripleji sonrası ağrı gibi ağrıya yol açan bir lezyon vardır. Bu ağrı sendromları tedavisi en zor olan durumlardır.

iii. Periferik nöropatik ağrı: Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diyabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyon olduğu durumlardır.

c) Psikojenik ağrı: Tüm somatik patolojiyi dışlayacak iyi bir araştırma gereklidir. DSM-IV'de ağrının psikolojik ve psikiyatrik durumları belirtilmiştir (Erdine, 2007).

2. Süreye göre

Süresine göre ağrı tipleri şu şekildedir.

a) Akut ağrı: Geçici ve ani oluşuna göre ayırt edilir ve genellikle tanımlanabilir bir sebebi vardır. Başlangıcı ani ve şiddetli olan, yara iyileşme süreci ile uyumlu olarak ortadan kaybolan bir belirtidir. Nedenleri arasında travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyon sayılabilir. Postoperatif ağrı akut ağrıya en iyi örnektir.

b) Kronik ağrı: Akut yaralanma ya da hastalığın dışında seyreden, devam eden veya tekrarlayan ağrı olarak tanımlanabilir ve üç-altı aydan daha fazla sürer. Kişinin yaşam kalitesini düşüren, bireyin refahını olumsuz etkileyen, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur (ACPA, 2013; Aydın, 2002; Eti Aslan, 2011).

3. Etyolojik olarak

Ağrının sebebine göre yapılan sınıflamadır. Örneğin kansere, sistemik hastalıklara ya da uygulanan tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak daha önceden var olan veya halen var olan kanser dışında bir neden de ağrıya yol açabilir (Erdine, 2007).

4. Ağrı bölgesine göre

Bölgesel sınıflamada hem hasta, hem de hekim ağrıyı baş ağrısı veya bel ağrısı gibi anatomik olarak sınıflar (Erdine, 2007).

2.4- Ağrı Mekanizması ve Nörofizyolojisi

Ağrı mekanizması; ağrının duyulması (duyusal), algılanması (kognitif) ve ağrıya yanıt (afektif) bileşenlerini içerir. Ağrının ilk algılanması, uyarı hipotalamusa geldiğinde, detaylı tanımlanarak algılanması ise parietal kortekse ulaştığında olmaktadır.

Ağrılı uyaran dört aşamada üst merkezlere doğru bir yol izler. Bu aşamalar şu şekilde sıralanır (Erdine, 2007).

- a) Transdüksiyon
- b) Transmisyon
- c) Modülasyon
- d) Persepsiyon

a) Transdüksiyon: Bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir. Örneğin; sıcak bir uyarının ağrılı hale geçebilmesi için belli derecenin üzerine çıkması gerekir. Nosiseptörler normal bir ısıya karşı duyarsız

kalırken ısının artışı ile duyarlı hale gelirler. Kısacası; ağırlı uyarının ağı reseptörünü (nosiseptörleri) uyarmasıdır (Erdine, 2007).

b) Transmisyon: Nosiseptörler tarafından algılanan ağı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Bu iletimde miyelinli A delta lifleri, miyelinsiz C lifleri etkin rol oynar. Miyelinli A delta lifleri hızlı iletiden, sensitizasyona açık, termal ve mekanik uyarılarla uyarılan liflerdir. Miyelinsiz C lifleri ise her türlü uyarana karşı duyarlılığı olan, ağıyı yavaş ileten liflerdir (Erdine, 2007).

c) Modülasyon: Ağı impulsunun inhibisyonudur. Santral sinir sistemi içerisinde iletilen ağırlı uyarın Kapı Kontrol Teorisi'ne göre omurilikte ciddi bir engelle karşılaşmaktadır. Ağırlı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir (Erdine, 2007).

d) Persepsiyon: Omurilikten geçen uyarının çeşitli çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere iletilip, ağırlının algılanmasıdır. İletilen ağı bilgisi ile sosyal, psikolojik ve hümoral faktörlerin etkileşiminin sentez edilip algılanması olarak kabul edilmektedir (Erdine, 2007).

Ağı sinyalleri merkezi sinir sistemine iki ayrı yolla iletilir. Bu iki yol ağırlının tipine göre; *hızlı-keskin ağı yolu* ve *yavaş-kronik ağı yolu* olarak adlandırılır. Hızlı-keskin ağı sinyalleri ya mekanik ya da termal ağı uyarınları ile oluşturulur; bunlar periferik sinirler içinde, ince, 6-30 m/sn hızı olan, A σ (A delta) tipi liflerle medulla spinalise taşınır. Diğer yandan yavaş-kronik tip ağı özellikle kimyasal uyarınlarla, ayrıca ısrarlı mekanik ve termal uyarınlarla oluşturulur. Bu yavaş-kronik ağı, omuriliğe C tipi liflerle ve 0,5-2 m/sn'lik bir hızla iletilir. Omuriliğe girişte ağı sinyalleri, *neospinotalamik yol* ve *paleospinotalamik yol* olmak üzere iki yol ile beyne iletilirler (Guyton & Hall, 2007).

Neospinotalamik Yol: Ağırlı hızlı tip A σ ağı lifleri ile iletirler. Ağı sinyalleri esas olarak; arka boynuzlarda lamina I'de , az bir kısmı beyin sapının retiküler bölgelerinde, çoğu ise talamusa kadar giderek ventrobazal komplekste ve bir kısmı da talamusun posterior nükleer gruplarında sonlanır (Guyton & Hall, 2007).

Paleospinotalamik Yol: Yavaş kronik ağı bu yolla iletilir. Ağı sinyallerinin büyük bir kısmı beyin sapında, medulla, pons ve mezensefalonun retiküler çekirdeklerinde, mezensefalonun tektal alanlarında, Sylvius yarığının çevresinde, periakuaduktal gri bölgede, az bir kısmı ise talamusta sonlanır (Guyton & Hall, 2007).

2.5- Ağrı Teorileri

Ağrı teorileri, ağrılı hastaya bakım veren hemşirenin ağrı giderme yöntemlerinden yararlanması konusunda önem taşır.

2.5.1- Spesifite teorisi

Von Frey tarafından öne sürülen teoridir. Derinin her bir noktası uyarıldığında ağrı, basınç, sıcak, soğuk gibi farklı duyarları algılayan ayrı reseptörleri vardır. Her uyarı beyinde değerlendirilir (Erdine, 2007).

2.5.2- Patern teorisi

Goldscheider'a ait bir teoridir. Bu teoriye göre ayrı ayrı ağrı reseptörleri yoktur ve ağrı duyası cilde uygulanan basınç veya ısı uyarılarınınca oluşturulan implusların sumasyonunun sonucudur. Bu teoriye "pattern" veya "sumasyon" teorisi de denilmektedir (Erdine, 2007).

2.5.3- Kapı kontrol teorisi

1965 yılında Melzack ve Wall isimli iki bilim adamı tarafından ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre; A lifleri ile spinal korda gelen hızlı tip ağrı implusları, arka boynuzun substantia jelatinozadaki kapıyı kapar ve daha küçük C lifleriyle gelen yavaş-kronik ağrı uyarısının geçişini engeller (Yılmaz & Ergin, 2006).

Bu teorinin ağrının giderilmesinde katkı sağlayan üç yönü şöyledir.

- 1) Deri uyarısı ağrıyı giderebilir.
- 2) Normal ya da aşırı girdi ağrıyı giderebilir.
- 3) Ağrının nedeni ve giderilmesi konusunda doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir (Eti Aslan & Badır, 2005; Kocaman, 1994).

2.5.4- Endorfin teorileri

1973'ün ortalarında, vücudun salgıladığı opioidlere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara "Endorfin" adı verilmiştir. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin bileşimi olup, içinde morfin olan anlamındadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörlerde tutulurlar (Kocaman, 1994).

2.6- Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ağrı sınıflamaları kavramsal ve işlemsel bakış açısıyla da yapılabilmekte ve bu şekilde yapılan sınıflamalarda modeller kullanılmaktadır. Bu modellere örnek olarak; Patojenik Ağrı Modeli ve Biyopsikososyal Ağrı Modeli sayılabilir. Patojenik Ağrı Modeli; ağrının doğrudan doku travması veya fizyolojik bir yıkım (örn. kemik kırılması) sonucu oluşması ile ilgilenir. Biyopsikososyal modelde ise bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörlerden söz edilmektedir (Çeliker, 2005; Peker Salt, 2007). Davranışsal, bilişsel ve emosyonel faktörlerin ağrı yanıtına, uyum ve tedaviye yanıtı doğrudan etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu faktörler sempatik sinir sistemi ve nosisepsiyon ile ilişkili nörokimyasal faktörlere etki ederek dolaylı olarak ağrı yanıtına etkileri vardır (Turk, 1999).

Ayrıca; bu modelde ağrının biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları aynı derecede önemli kabul edilmektedir.

2.6.1- Bilişsel etkenler

Hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile başa çıkma tutumları, sosyal destekleri, aldığı tanılar, sağlık güvenceleri, hatta işverenlerinin yaklaşımı hastanın ağrı denetimi üzerinde etkilidir (Peker Salt, 2007; Turk, 1999). Bilişsel etkenler arasında ağrı inançları öne çıkmaktadır. İnançlar, kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden almakta ve kognitif bakış açısında kişinin taşıdığı düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis ağrı inançlarının bilişler, düşünceler, tutumlar, duygular olabileceğini belirtmiştir. Ellis'e göre inançlar sabit gerçekler değil, gözlenebilir, test edilebilir, değiştirilebilen hipotezlerdir. Ağrıyla baş etmede kullanılan yöntemlerden biri olan bilişsel davranışçı terapi, bireylerin temeldeki irrasyonel inançlarını sorgulamaktadır (Ellis, 1997; T. J. Sharp, 2001). Ağrı inançları ile yapılan çeşitli çalışma sonuçlarına göre; tedaviyi bırakanların olumsuz ağrı inançlarının daha güçlü olduğu ve bu inançların tedavi sırasında azalacağı öngörülmüştür (Rainville vd., 1993). Walsh ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kronik bel ağrısı şikayeti yaşayan ve Ağrı İnançları Ölçeği Organik İnanç skoru yüksek olan hastaların fiziksel yetersizlik düzeyinin daha yüksek olduğu ve organik ağrı inançlarının fiziksel yetersizlik ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca; hastaların ağrı doğası ve tedavisi ile ilgili inançlarının bilişsel-davranışsal müdahalelere dayalı multidisipliner ağrı yönetimi programları ile değiştirilebileceği ifade edilmiştir (Walsh & Radcliffe, 2002). Yine Cornally ve McCarthy'nin (2011) yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanlarda ağrının kökeninin orta yaşa bağlı olması inancının yaygın olduğu, özellikle ağrının organik kökenli oluşuna inanan bireylerin yardım talep etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Cornally & McCarthy, 2011). Dolayısıyla; inançları bu açıdan görmek ağrının yönetiminde ve tedavisinde önemlidir.

2.6.2- Duygusal etkenler

Ağrı-ruhsal durum ilişkisi iki açıdan değerlendirilmelidir. Kronik ağrının algılanmasında ruhsal etkenlerin rolü olduğu kadar, ağrının da kişinin ruhsal durumu üzerine olumsuz etkisi vardır (Peker Salt, 2007).

2.6.3- Davranışsal etkenler

Kişinin ağrı deneyimi ile ilgili bilgiler hastanın kendini ifade tarzından ve davranış kalıplarından elde edilir (Peker Salt, 2007; Turk, 2003). Ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler ve ağrıya karşı verilen yanıtlar bireyden bireye değişir (Eti Aslan, 2002). Ağrının öğrenilmiş bir davranış olarak duygusal, bilişsel ve hissi boyutlarda ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır (Çeliker, 2005; Peker Salt, 2007).

2.6.4- Cinsiyet etkeni

Ağrı toleransında, ağrının ifade edilmesinde ve algılanışında cinsiyetler arasında farklılıklar vardır. Bu farklılıklar çeşitli sosyal, psikolojik, hormonal, yaşam tarzı ve kültürel farklılıklardan kaynaklanır (Miller & Newton, 2006; Şahin, 2004). Unruh'un çalışmasında (1996) kadınlarda tekrarlayan ağrıları deneyimlemenin erkeklere göre daha fazla olduğu söylenmiştir. Bunun yanında birçok kadının menstürasyon, gebelik ve doğumla gelen orta ve şiddetli düzeyde ağrıları olduğu da belirtilmiştir (Unruh, 1996).

2.6.5- Etnik ve kültürel etkenler

Ağrının algılanışı ve ifade edilmesinde kültürel farklılıklar görülmektedir. Villareul (1995) çalışmasında, Meksikalı Amerikan kültüründe acıya ve ağrıya dayanmanın zorunlu olarak kabul edildiği belirtilmiştir (Villarruel, 1995). Turk & Okifuji (2002) çalışmasında ağrının semptomları, ağrının nasıl yönetileceği ve kontrol edilebileceği ile ilgili inançlar ağrıyla başa çıkma ve tedaviye yanıtta önemli olduğunu vurgulamışlardır (Turk & Okifuji, 2002).

2.6.6- Çevresel etkenler

Le Resche (2001) yaptığı çalışmada sosyal çevrenin ağrı yanıtının öğrenilmesinde önemli rol oynadığını vurgulamıştır. Ailesinde kronik ağrı hastası olanlar ağrı davranışlarını öğrenir. Kronik ağrının, hasta ailesi üzerine de olumsuz etkisi vardır (Çeliker, 2005; Peker Salt, 2007).

Dolayısıyla ağrı algısı; yaş, cinsiyet, gelişim dönemleri, önceki ağrı deneyimleri, bireyin kişilik yapısı, bireyin kültürü ve diğer çevresel faktörlerle ilişkilidir (Ay & Aş, 2010; Eti Aslan, 2011).

2.7- Ağrıda Tedavi Yöntemleri

Ağrı yönetiminde ilaç tedavisi, girişimsel yöntemler ve ilaç dışı yöntemlerden yararlanılmaktadır.

2.7.1- İlaç tedavisi

Farmakolojik yöntemler ağrı gidermede en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Amerikan Kronik Ağrı Derneği'nin 2013'te yayınladığı rehberine göre; kronik ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar dört ana sınıfta belirlenmiştir (ACPA, 2013).

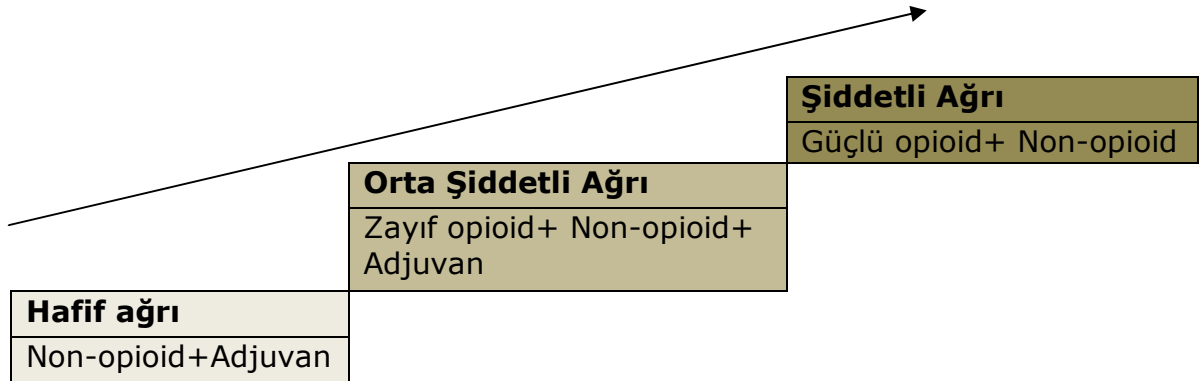
a) Non-opioidler: Aspirin, non steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve asetaminofen bu grup içerisinde yer almaktadır.

b) Opioidler: Narkotik grubu da denilebilmektedir. Zayıf opioid analjezikler (tramadol vb.) ve kuvvetli opioid analjezikler (morfin, kodein hidrokodon, oksikodon vb.) olarak iki gruba ayrılmıştır.

c) Adjuvan analjezikler: Bu grup ilaçlar; ilk başlarda hastanın diğer semptomlarını gidermeye yönelik kullanılmıştır. Son zamanlarda ise, özel ağrı sorunlarını hafifletmeye yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Antidepresanlar, antikonvülsanlar bu gruba örnek olarak verilebilir.

d) Diğer ilaçlar: Doğrudan ağrı giderici özellikleri olmayan ilaçlardır. Ağrı yönetim planının bir parçası olarak reçete edilebilir. Bunlar uykusuzluk, anksiyete, depresyon ve kas spazmlarının tedavisinde kullanılan ilaçlar olarak sayılabilir. Anksiyolitikler, antiemetikler, myolorelaksanlar bu gruba örnek olarak verilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1980 ortalarında uygun ağrı tedavisi için üç basamaklı merdiven sistemi geliştirmiştir (WHO, 1986) (Bkz. Şekil 2.1). Bu merdiven sistemi ağrı kontrolüne basamaklar kullanarak yaklaşmayı ve analjezik ilaçların seçiminin ağrının şiddetine göre yapılmasını önermektedir. Pratikte birçok klinik kılavuzlarla birleştirilmektedir (Uzunoğlu & Çiçin, 2011)



Şekil 2.1 DSÖ Analjezik Merdiven Sistemi

Ayrıca ağrının farmakolojik yönetiminde beş önemli ilke vurgulanmaktadır. Buna göre;

1. Öncelikli olarak oral yol tercih edilmelidir.
2. Kronik ağrılarda gün boyu sürekli doz uygulaması yapılmalıdır.
3. İlaç seçimi ağrı şiddetine göre seçilmelidir.
4. Tedavi bireye özgü olmalıdır.
5. Tedavi sonuçlarının ve ağrının tekrar değerlendirilmesi yapılmalıdır (Cheung & Zimmermann, 2011; Uzunoğlu & Çiçin, 2011).

Bunun yanında Uluslar Arası Ağrı Teşkilatı Ağrı Algoritması'nı 2005 yılında tekrar değerlendirmiştir. Yeni Algoritma'ya göre (Eisenberg vd., 2005);

Hafif ağrı: Non-opioid analjezikler başlanmalı + Analjezi yeterli olmadığında düşük doz güçlü opioidler kullanılmalı
Orta şiddette ağrı: Güçlü opioidler+ / non-opioidler
Şiddetli Ağrı: Güçlü opioid
Adjuvan ilaçlar her basamakta kullanılabilir.
İnvazif girişimler (sinir blokajı vb.) her basamakta alternatif olarak kullanılabilir (Eisenberg vd., 2005).

2.7.2- Girişimsel yöntemler

Ağrı kontrolünde girişimsel yöntemler son 20 yıl içerisinde önemli ölçüde ön plana çıkmıştır. Özellikle ağrı kontrolünde farmakolojik tedavi başarısız kaldığı ve ilaçlara bağlı yan etkiler yaşanmaya başlandığı zamanlarda girişimsel yöntemler uygulanmaktadır. Sinir blokajları, spinal opioid uygulamaları, radyofrekans termokoagülasyon uygulamaları, epidural steroid uygulamaları vb. yöntemler ağrının tedavisinde kullanılan girişimsel yöntemler arasında sayılabilir (Erdine, 2012).

Sinir Blokajları: Ağrılı bölgeye ulaşarak, ağrıya sebep olan sinirin tahrip edilmesidir. Girişimsel tekniklerin gelişmesi ile açık cerrahi yöntem dışında, girişimsel yöntemlerle bölgede görüntüleme elde edilerek ısı(sıcak-soğuk) gibi fiziksel yöntemle ya da kimyasal ajanlarla sinirin blokajı yapılır (Erdine, 2002).

Radyofrekans Termokoagülasyon Uygulamaları: Radyofrekans termokoagülasyonu, radyofrekans enerjisi ile ısı oluşturularak sinir iletiminin engellenmesidir. Bu yöntemle ağrı ileten sinir lifleri devre dışı bırakılır. 500.000 Hz gibi yüksek frekansta gönderilen ve radyo dalgalarına benzeyen bu akım çevredeki dokulara zarar vermeden, tek bir noktada hasar oluşturabilmektedir. Bu yöntem trigeminal nevralji, ilaca yanıt alınamayan baş ağrısı, malign ağrı, bel-boyun ağrısı vb. durumlarda kullanılmaktadır (Özyalçın, 2007a).

Epidural Steroid Uygulamaları: Özellikle sinir kökü irritasyonu yapan lokal enflamatuar değişimlerin, ödem ve bunların neden olduğu mekanik kompresyonun tedavisinde etkin olduğu belirtilmektedir. Disk hernileri, sinir kökü iltihaplanmaları, bazı kanser ağrılarında kullanılmaktadır (Güldoğan, 2007).

2.7.3- İlaç dışı yöntemler

İlaç dışı yöntemler farmakolojik yöntemler kullanılmadığında ve/veya etkileri yetersiz kaldığında, ilaçların etkisini artırmak için farmakolojik yöntemler ile birlikte ya da tek başlarına kullanılır (Arslan & Çelebioğlu, 2006).

İlaç dışı yöntemler şu şekilde sınıflandırılabilir:

a) Periferal Teknikler

Periferal teknikler, ağrıyı azaltmada kullanılan deri uyarım girişimlerini içerir. Transkütan sinir stimülasyonu (TENS), sıcak ve soğuk uygulama, vibrasyon, deriye mentol uygulama, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlama / dinlendirme ve masaj periferal teknikler arasında sayılabilir.

Transkütan sinir stimülasyonu (TENS)

Kapı Kontrol Teorisi'ne dayanan ağrı yönetiminde kullanılan bir yöntemdir. Elektrotlar yardımıyla elektrik enerjisi deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli noktalarına taşınır. Elektrotlar ağrılı bölgeye, akupunktur noktalarına, spinal sinir köklerine yerleştirilebilir. Akut ve kronik ağrıda kullanılabilir (Kocaman, 1994; Özveren, 2011). TENS uygulaması özel eğitim almış hemşire ve fizyoterapistler tarafından uygulanabilir. Karayurt ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında kronik ağrılı hastaların TENS uygulaması sonrasında öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yaşam kalitesinin arttığı, ağrı puan ortalamalarının azaldığı ve hemşirelerden memnuniyet puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (Karayurt vd., 2014).

Soğuk uygulama

Terapötik etki sağlamak amacı ile yapılan bu uygulamaya kriyoterapi ismi de verilmektedir. Soğuk kompresler, soğuk spreylere, soğuk banyolar ve buz masajını içerir. Sinir lifleri ve reseptörlerinin ısısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır. Venöz konstrüksiyon yolu ile kanamayı ve ödemi azaltarak ağrıyı hafifletmeye yardımcı olur. Bu etkilerin dışında Kapı-Kontrol mekanizmasını çalıştırarak dokunma reseptörlerini uyararak ve endojen opioidlerin salınımını artırarak da ağrıyı azaltmaktadır (Arslan & Çelebioğlu, 2006; Kocaman, 1994; Özveren, 2011). Watkins ve arkadaşlarının (2014) randomize kontrollü çalışmalarında; postoperatif insizyon ağrısının azaltılmasında kullanılan buz uygulamasının yapıldığı

grupta ağrı şiddetinin ve narkotik analjezik ilaç kullanımının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (Watkins vd., 2014).

Sıcak uygulama

Sıcaklık kaynağı olarak sıcak su şişesi, sıcak ıslak kompresler, elektrikli ısı pedleri, sıcak battaniye, sıcak banyo ya da duş kullanılmaktadır. Isının deriye teması sağlanır. Vazodilatasyon, ısı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı inhibe eden reflekslerin harekete geçirilmesi ve kas spazmının azaltılması yolu ile ağrı azaltılır (Kılıç & Öztunç, 2012; Özveren, 2011).

Vibrasyon

Vibrasyon, bir tür elektrik masajıdır. Özellikle orta şiddette basınç ile ağırlı bölgede hissizlik, parastezi ve anesteziye neden olarak ağrıyı azaltır. Vibrasyon uygulaması, akut ve kronik kas spazmı ve ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı, nöropatik ağrı, fantom ağrısı ve birçok kronik nonmalign ağrı durumlarında uygulanabilir (Kocaman, 1994).

Masaj

Fiziksel ve mental olarak gevşeme sağlar. Masaj, ağrıyı ileten sinirlerin blokajına, kas spazmının azaltılmasına, stres ve gerginliğin azaltılarak bireyin rahat uyku uyumasına sebep olur. Ayrıca mekanik etki ile kan dolaşımının hızlanmasına ve ödeme bağlı ağrının azaltılmasına yardımcı olur (Arslan & Çelebioğlu, 2006). Masaj uygulamasının güvenilir ve etkili olmasının yanında; enfeksiyon ve ısı artışının olduğu bölgede, ciddi baş ağrıları, hemofili, hemoraji, hipertansiyon, filebit gibi durumlarda uygulanması önerilmez (Wagner & Thompson, 2014). Sherman ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; kronik boyun ağrısı olan hastalara beş haftalık terapötik masaj sonunda ağrı şiddetlerinde azalma görüldüğü belirtilmiştir (Sherman vd., 2014).

Refleksoloji

Ayaklarda, ellerde ve kulaklarda bulunan; iç organlarımıza ve vücudumuzun çeşitli bölgelerine karşılık gelen, belli başlı noktalara elle uygulanan masaj uygulama tekniğidir (Korkan & Uyar, 2014; Kurt & Can, 2013). Ağrının azaltılmasında ve ağrının kontrolünde de destekleyici olarak kullanılmaktadır. Meme kanseri tanısıyla operasyon geçirmiş hastalara yapılan refleksoloji ve masaj uygulaması sonucunda hastaların ağrı şiddetlerinin azaldığı saptanmıştır (Sharp vd., 2010). Yine Poole ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da refleksoloji uygulaması ile kronik bel ağrısı yaşayan hastalarda ağrının azaldığı gösterilmiştir (Poole, Glenn, & Murphy, 2012).

Terapötik Dokunma ve Reiki

Terapötik dokunma 1970'li yıllarda geliştirilmiş, ellerle dokunularak yapılan beden, zihin, ruh arasındaki uyumu sağlayan bir enerji terapisi. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviye bir örnektir. Dr. Kriger ve Kunz tarafından hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerine bu uygulama öğretilmiş ve New York Üniversitesi'nde müfredata dahil edilmiştir (Erdoğan & Çınar, 2011; Sağkal, Eşer, & Uyar, 2013). Reiki dokunma terapisinin gevşemeyi arttırıp, ağrıyı azaltıcı etkisi olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir. Buna göre; Kendall ve Lovett (2014) 'in çalışmasında onkoloji hastalarına uygulanan reiki seanslarından sonra ağrı düzeylerinde %40, stres düzeyinde %60 azalma ve algılanan mutluluk düzeyinde ise %15 oranında artış olduğu belirtilmiştir (Thrane & Cohen, 2014).

Aromaterapi

Aromaterapi, esansiyel yağların tedavi edici amaçla kullanılmasıdır. Esansiyel yağların çoğunun ağrıyı azaltıcı ya da engelleyici özelliği vardır. Bu sebeple; esansiyel yağlar masaj yoluyla, inhalasyon, buhar ya da banyo yolu ile kullanılabilir (Gül & Eti Aslan, 2012). Hemşirelerin masaj, terapötik dokunma ve aromaterapi uygulamalarını kullanarak ağrıyı azaltmaları girişimleri özellikle son yıllarda giderek artmıştır. Aromaterapinin; İsviçre, Almanya, Avustralya, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde hemşirelik bakım uygulamalarının bir parçası olarak kabul görülmesi daha eski bir geçmişe sahipken, Amerika Birleşik Devletleri'nde bu uygulama son yıllarda popüler olmuş ve hemşirelik uygulamalarında yer almaya başlamıştır (Wagner & Thompson, 2014). Ülkemizde hemşirelik bakımında aromaterapinin kullanımı ile ilgili çalışmalar son yıllarda başlamıştır. Rivard ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) aromaterapi ile birlikte uygulanan terapötik masajın ağrı ve anksiyete düzeylerini azalttığı bulunmuştur (Rivard, Crespın, Finch, Johnson, & Dusek, 2014). Marzouk ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin menstürasyon ağrısının azaltılmasında aromaterapi ile abdominal masajın etkisine bakıldığında aromaterapinin menstürasyon ağrısının azaltılması üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (Marzouk, El-Nemer, & Baraka, 2013).

b) Kognitif (Bilişsel) - Davranışsal Teknikler

Bilişsel-davranışsal stratejilerde ağrının sadece fizyolojik değil, algısal, duyuşsal, davranışsal, bilişsel boyutları olduğunu ve ağrılı bireyin ağrıya yanıtın ve ağrıya karşı verilen tepkinin yalnızca algısal değil, bireyin ağrıya atfettiği anlamlarla ilişkili olduğunu düşünülür. Bilişsel-davranışsal tekniklerde; amaç maladaptif düşünce ve davranışların azaltılmasıdır. Bireyde hoş duygu durum yaratılmaya çalışılarak, dikkat ve duyguların ağrıya yönelimi azaltılmaya çalışılır (Kocaman, 1994). Gevşeme, dikkati başka yöne çekme (müzik terapisi, düşünme, televizyon izleme, kitap

okuma), biyolojik geri bildirim, meditasyon, yoga, hipnoz bilişsel teknikler içinde yer alır.

Gevşeme-Egzersiz

Egzersiz ile birlikte artan kan dolaşımı ağrının azaltılmasında etkilidir. Aktif-pasif hareketler, yatak içi hareketler, yürümeyi içerir (Kılıç & Öztunç, 2012). Buna göre; Topçu'nun (2008) çalışmasında üst abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolünde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Gevşeme egzersizi sonrasında ölçülen ağrı düzeyi, egzersiz öncesinde ölçülen ağrı düzeyinden düşük olarak bulunmuştur (Topçu, 2008). Yine Uğurlu (2002) çalışmasında, cerrahi girişim geçiren hastaların %53.4'ünün ağrıyı gidermek amacıyla egzersizi, %47.6'sının sıcak uygulamayı tercih ettiklerini bildirmiştir (Uğurlu, 2002).

Dikkatini Başka Yöne Çekme

Dikkati dağıtma tekniği; bireyin dikkatini ağrıya eşlik eden olumsuz duygulardan başka alanlara kaydırması, dikkatini ağrı dışında farklı bir uyarana odaklamasıdır. Bu teknikle birey; dua etme, müzik dinleme, televizyon seyretme, arkadaşlarla ya da aile bireyleri ile görüşme, kendi kendine "başedilebilir" gibi olumlu düşünceleri tekrarlama, resim yapma gibi farklı uyaranlara doğru yönlendirilebilir (Soykan & Kumbasar, 1999). Wachholtz ve arkadaşları (2007) çalışmalarında manevi ve dini inançların ağrı ile başa çıkma algısını ve ağrıya toleransı etkileyebilen birçok fizyolojik, psikolojik, nörolojik ve duygusal etki alanının olduğunu belirtmiştir (Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

Müzik Terapisi

Bilişsel-davranışçı tedavi yöntemlerinden biridir. Müzik terapi, aynı zamanda farmakolojik tedavi yöntemlerine ek olarak ve özellikle hastada analjezik ilaçların yan etkilerinin görüldüğü zamanlarda tercih edilmektedir (Chlan, Engeland, Anthony, & Guttormson, 2007). Müzik terapinin birçok olumlu etkinin arasında ağrı giderici etkisi en çarpıcı ve dikkat çekicisidir. Müzik; çeşitli şekillerde beyni etkileyerek, hem nöral fonksiyonlar hem de hormonal sistem üzerinde olumlu bir etki yapar. Müzik terapisi; otonom sinir sistemini etkileyerek rahatlama sağlar. Buna ek olarak birçok araştırmacı, fizyolojik fonksiyonlar üzerinde de iyileştirici etkileri olduğu üzerinde tartışmaktadır (Krout, 2007). Korhan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında Algoloji Kliniği'nde nöropatik ağrı şikayeti ile yatan hastalara 60 dakikalık müzik terapisi uygulanmıştır. Buna göre 30. ve 60. dakikalarda ölçülen ağrı şiddeti skorlarının müdahale öncesindeki skora göre düşük olduğu belirlenmiştir (Korhan vd., 2013). Yine Onieva-Zafra ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında primer fibromiyalji tanılı hastalara ağrı kontrolünde hemşirelik uygulaması olarak 60 dakika boyunca müzik dinletisi uygulanmış ve hastaların ağrı şiddetlerinde düşme olduğu

bildirilmiştir (Onieva-Zafra, Castro-Sánchez, Matarán-Peñarrocha, & Moreno-Lorenzo, 2013).

Biyolojik Geri Bildirim (Biyofeedback)

Biyolojik geri bildirim; progresif kas gevşemesi, stres ve stresle başa çıkma stratejileri gibi bilişsel davranışçı terapiler arasında ele alınmıştır. Özellikle baş ağrılarının kontrolünde kullanılan biyolojik geri bildirim uygulaması son on yılda popüler olurken; bu uygulamanın kullanımının başlangıcı 1960 ve 1970'li yılların başlarına uzanmaktadır (Andrasik & Grazi, 2014). Biyolojik geri bildirim yöntemi; hastanın fizyolojik işlevlerini kontrol etmesine ve gevşemeyi sağlamak amacıyla hastanın bilgilendirilmesine dayanmaktadır (Kılıç & Öztunç, 2012). Hastaya ağrı gibi fizyolojik fonksiyonları hakkında verilen bilgi hastadan geri alınır. Böylece hastanın beden yanıtı sağlıklı bir yolla değiştirilmeye çalışılır (Kocaman, 1994). Tan ve arkadaşlarının (2014) kronik bel ağrısı şikayeti yaşayan hastalarda hipnoz ve biyolojik geri bildirim ağrı üzerinde etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmada; deney grubundaki hastalarda ağrı şiddetlerinde önemli ölçüde azalma olduğu bildirilmiştir (Tan vd., 2014). Yine Raju ve Singh (2013) çalışmada doğum ağrısının kontrolünde biyolojik geri bildirim yöntemi uygulanan deney grubunda, kontrol grubuna göre ağrı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Raju & Singh, 2013).

Meditasyon

Bireyden kendi nefes alıp vermesine, görsel olarak bir objeye resme ya da uygulayıcının düşüncelerine odaklanması istenir. Bu odaklanma ile; dikkat ağrı yerine farklı birşeye odaklandırılır ve bu uygulama anksiyetenin azaltılmasına, bireyin rahatlamasına yol açar (Castellar, Fernandes, & Tosta, 2014; Kılıç & Öztunç, 2012). Castellar ve arkadaşlarının (2014) çalışmada meme kanserli hastaların 8 haftalık meditasyon seanslarından sonra yaşam kalitesi, beden imgesi puanlarında önemli düzeyde artış ve ağrı, uyku bozuklukları, kol semptomları ve meme semptomları puanlarında ise azalma olduğu belirtilmiştir (Castellar vd., 2014).

Yoga

Yoga kelimesi; eski Hint felsefesinden köken almakta ve "zihin ve beden birliği" anlamına gelmektedir. Yogada fiziksel duruşlar ön planda olmakta genellikle nefes teknikleri, meditasyon veya rahatlama ile birlikte uygulanmaktadır. Yoga dışında yine beden hareketlerine odaklanan Qigong ve Tai chi gibi teknikler de vardır. Bu teknikler zihinsel odaklanma ve derin nefes alma ile entegre fiziksel hareketleri içerir ve Çin dövüş sanatlarından köken alır. Bu teknikler; bedenin dengesini sağlamaya ve geliştirmeye çalışılır. Ayrıca "içsel hayat enerjisi" olarak da adlandırılırlar (Mist, Firestone, & Jones, 2013). Mist ve arkadaşlarının (2013) fibromiyalji

hastalarında semptom yönetiminde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavilerle ilişkili meta-analiz çalışmasında yoga uygulamasının pozitif yönde etkisi olduğu belirtilmiştir (Mist vd., 2013).

c) Diğer Teknikler

Akupunktur, plasebo uygulaması vb. teknikler ağrının yönetiminde kullanılmaktadır (Arslan & Çelebioğlu, 2006; İzveren & Dal, 2011; Kocaman, 1994; Özveren, 2011).

Akupunktur

Alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri olan akupunktur; geleneksel Çin tıbbının bir buluşudur ve 2000 yıldan uzun süredir kullanılmaktadır. Vücutta belirli noktalar akupunktur noktaları olarak kabul edilmektedir. Bu özel noktalara iğne batırılmak suretiyle uyarılar oluşturulmaktadır. Merkezi sinir sistemi ve kortekse kadar ulaşan bu uyarılar ağrı kontrol sistemini harekete geçirir. Enkefalin, endorfin gibi nörotransmitterlerin salınımıyla ağrı azaltılmaya çalışılır (Cabioğlu, 2008; Şahin & Yılmaz, 2012). Yeh ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında akupunktur yöntemlerinden biri olan kulak akupunkturu yönteminin onkoloji hastalarında ağrı kontrolünde bir non-farmakolojik hemşirelik girişimi olarak uygulanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu yöntemin non-invaziv olarak kolay uygulanabilir ve güvenilir olması açısından uygulamada kolaylık sağlayacağı da ifade edilmiştir (Yeh, Chien, & Suen, 2014).

Plasebo

Daha çok psikolojik kaynaklı ağrılarda kullanılmaktadır. Ağrının kontrol altına alınamadığı durumlarda farmakolojik olmayan maddelerin bireye verilmesi ile ağrı kontrol altına alınmaya çalışılır (Kocaman, 1994; Özveren, 2011).

Yapılan birçok çalışmada ilaç dışı yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse ilaç tedavisi ile birlikte uygulanmasının ağrının giderilmesinde ya da şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu söylenmiştir. Ağrı tedavisinde özellikle non-farmakolojik uygulamalar, hemşirelerin bağımsız rollerini kullanabileceği bir alandır.

Özetle; ağrı kontrolünde ekibin aktif bir üyesi olarak çalışan hemşirenin ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı prevelansını, ağrının değerlendirilmesini ve ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri bilmesi önemlidir. Bunun yanında hemşire, ilaç tedavisi ve girişimsel yöntemlerin etkilerinin izlenmesi ve bu tedavilerin yanı sıra hastaya uygun olan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanması; hastanın ağrısının azaltılması ve iyileşme sürecinin hızlandırılmasına katkı sağlamaktadır (Ersan 2012; Eti Aslan, 2011).

2.8- Ağrı Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Ağrı bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyerek, bireylerin uyku düzenini, aile yaşantısını, sosyal yaşantısını, iş verimini ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Koç, 2010; Özveren, 2011).

Ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılamak, tanımlamak ve doğru değerlendirmek hastaya kaliteli bakım verilmesi açısından önemlidir. Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (Eti Aslan & Badır, 2005).

Ağrının subjektif bir veri olmasından dolayı ağrının belirlenmesinde en güvenilir gösterge hastanın ağrı ifadesidir. Eti Aslan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hemşirelerin %79.7'sinin hastanın ağrı ifadesine inanmasına karşın; %82.8'inin ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilen bir patolojiye gereksinim olduğunu belirtmeleri hemşirelerin ağrının subjektif bir deneyim olmasına ve hastanın kendi ifadesinin önemini tam olarak kavrayamadıklarına değinilmiştir (Eti Aslan & Badır, 2005). Dolayısıyla ağrının algılanışı ve ağrıya etki eden faktörlerin bilinmesi hemşirenin ağrısı olan hastaya doğru yaklaşım sergilemesini sağlar.

Hastanın bireysel özellikleri ağrı yaklaşımında, hemşire hasta etkileşiminde önemli belirleyicidir. Hemşire hastanın kendisini ve ağrısını nasıl algıladığını, hasta için ağrının ne anlama geldiğini belirleyerek, hastaya ağrısı ile baş etmesinde eğitim ve destek verir. Dolayısıyla ağrısı olan hastanın bakımında hemşire hasta arasında güven ilişkisi kurulmuş olur ve bu da ağrı yönetiminin başarılı sürdürülmesi için önem taşır (Aytaç, 2008). Ayrıca hemşire ağrı konusunda, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirerek ağrılı hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmelidir. Bu şekilde yapılan değerlendirme ile hemşirenin ağrı ile ilgili kendi inançları ve deneyimlerinin bakımı olumsuz yönde etkilemesini önlemiş olur. Kültür, değer ve inançlar insanların ağrıya karşı gösterdikleri tepkileri farklılaştırır. Dolayısıyla tüm bu etkenler; yaşadığı toplumun bir bireyi olan hemşirenin ağrıya karşı tutumu, ağrıyla başa çıkma ve yaklaşımı üzerinde etkili olabilmektedir (Aytaç, 2008; Beytut, Muslu Karayağz, Başbakkal, & Yılmaz Bal, 2009).

Yapılan çalışmalarda ağrının hafifletilmesinde hemşirelerin etkin rolü olduğu belirlenmiştir. Buna göre; Yıldırım (2006) çalışmasında kanser ağrısı deneyimleyen hastalarda ağrı eğitim programının ağrı şiddetini ve ağrı bariyerlerini azaltabildiğini, ağrı bilgisini arttırabildiğini ve yaşam kalitesini iyileştirebildiğini belirtmiştir (Yıldırım Kuzeyli, 2006). Engwall ve

Duppils'in 2009 yılındaki sistematik derleme çalışmalarında ulaştıkları 15 çalışma sonucunda; müzik terapisinin post-operatif hemşirelik uygulaması olarak, ağrının hafifletilmesinde adjuvan tedavi olarak kullanılabilceği sonucuna ulaşmıştır (Engwall & Duppils, 2009). Wang ve Keck'in (2004) çalışmasında post-operatif ağrının yönetiminde el ve ayak masajı uygulamasının ağrı şiddetini ve ağrı stresini azalttığı ortaya konulmuştur (Wang & Keck, 2004).

Özetle; ağrının yönetiminde hemşirelik uygulamalarının olumlu bir etkisi vardır. Buna göre; ağrı yönetiminde yapılması gereken hemşirelik girişimleri aşağıda verilmiştir.

1. Hasta ve ailesi ile güven ilişkisi kurulur (Kennedy Nkhoma & Arthur, 2013).

2. Ağrının kapsamlı değerlendirilmesi yapılarak, yatan hastalarda yaşam bulgularıyla birlikte her gün, ayaktan tedavi alanlarda her tedavi küründe değerlendirilir. Ağrının ölçümünde; ağrı tipine ve hastaya uygun olarak seçilecek olan ölçeklerden yararlanılır. Günümüzde sık olarak kullanılan ölçekler aşağıda belirtilmiştir.

Tek boyutlu ölçekler;

- Sözel kategori ölçeği,
- Sayısal ölçekler,
- Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ),
- Burford Ağrı Termometresi (BAT)'dir.

Çok boyutlu ölçekler;

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dartmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri'dir (Eti Aslan, 2002).

Ağrının yeri, niteliği, sıklığı, sürekliliği gibi özellikleri değerlendirilir. Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler belirlenir.

Kapsamlı ağrı değerlendirilmesinde (CPS, 2005; Kutlutürkan & Bedük, 2010);

• Fiziksel semptomlar; iştahsızlık, yorgunluk, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, uykusuzluk, kaşıntı, halsizlik, kan basıncında yükselme, taşikardi, solunum sıkıntısı,

• Psikolojik semptomlar; huzursuzluk, ajitasyon, anksiyete, depresyon,

- Fonksiyonel durum, aile dinamikleri, spiritüel durum, hastalık, eşlik eden hastalıklar, sosyal ve tıbbi destek sistemleri, finansal durum, sağlık kuruluşuna erişim durumu,

- Bilişsel bozukluğu olan, pediatrik grup ya da yaşlı bireyler ya da sözel olarak durumunu ifade edemeyen bireylerde sözel olmayan davranışlar değerlendirilir.

Buna göre; British Geriatri Derneği ve British Ağrı Derneği'nin yayınladığı rehberde ağrının değerlendirmesinde gözlenen değişiklikler şu şekilde belirtilmiştir (Collett, O'Mahoney, Schofield, Closs, & Potter, 2007).

- Otonom değişiklikler: Solgunluk, terleme, takipne, solunum seslerinde değişiklik, taşikardi, hipertansiyon

- Yüz ifadeleri: Yüzünü buruşturma, kaşını kaldırma-indirme, yanağını hareket ettirme, gözlerini kapama, gözlerini sıkma, burunda kırıksıklıklar, çeneyi buruşturma, dudakları büzme

- Vücut hareketleri : Yürüyüşte değişiklik, sallanarak yürüme, elleri ovuşturma, tekrarlayıcı hareketler yapma, ses tonunda artma, korumaya yönelik hareketler (pozisyon değiştirirken hareketlerde katılık, yavaşlık), destekleme (ağrıyan uzvu uzatma, sabit pozisyonda tutma)

- Ses tonu: İç çekme, hırıltılı-inleme benzeri sesler çıkarma, çığlık atma, bağırma, seslenme-çağırma, agresif / saldırgan konuşma

- Kişiler arası İlişkiler: Saldırganlık, geri çekilme-izolasyon, direnme

- Aktivitelerde değişiklik: Dolaşma, uyku örüntüsünde değişiklik, dinlenme zamanlarında değişiklik

- Mental durum değişiklikleri: Konfüzyon, ağlama, sıkıntı, sinirlilik

Yine aynı rehberde ağrının değerlendirilmesinde kullanılan anahtar bileşenler şu şekilde belirtilmiştir (Collett vd., 2007).

- Ağrının olup olmadığına dair doğrudan sorgulama
Ağrıyı tanımlamak için alternatif kelimeleri kullanma

- Ağrı belirtilerini iyi gözlemleme
Özellikle bilişsel bozukluk ve iletişim bozukluğu olan bireylerde, yaşlı bireylerde, pediatrik grupta vb.

- Ağrıyı tanımlama

Duyusal Boyut

- Ağrının tipi (keskin, donuk, yanıcı vb.)
- Ağrının yeri ve lokalizasyonunu belirlemek (hastaların kendi kendilerine ağrının yerini işaret etmelerini istemek ya da ağrı haritası kullanarak ağrının yerini belirlemelerini sağlamak)
- Ağrının şiddeti (standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanarak belirlemek)

Duygusal Boyut

- Ağrıya karşı verilen duygusal tepkinin belirlenmesi (korku, kaygı, depresyon vb.)

Ağrının Etkisi

- Fonksiyonel etkisi: Günlük yaşam aktivitelerine etki seviyesini belirleme
- Katılım: İş yeri, sosyal ilişkiler ve sosyal aktivitelere katılımına etkisini belirlemek

- Ağrıyı değerlendirme

Bireye özel standardize edilmiş bir ağrı ölçeği kullanarak değerlendirme

- Ağrının nedenini araştırma ve inceleme

3. Hasta ağrıyı ifade etmesi yönelik teşvik edilir. Ağrının en iyi göstergesinin hastanın kendi ifadesi olduğu belirtilir (CPS, 2005; Eti Aslan, 2011).

4. Hastanın daha önceki ağrı deneyimi, ağrı davranışı, ağrıya yönelik cevabı, inançları, bilgi durumu, ağrı tutumu ve algısı değerlendirilir (Czarnecki vd., 2011; Eti Aslan, 2011; Eti Aslan & Badır, 2005).

5. Hastanın ağrı ile ilgili yanlış inanç ve tutumları belirlenir, açıklığa kavuşması sağlanır (CPS, 2005; Czarnecki vd., 2011).

6. Hastanın ağrıyla bireysel baş etme yöntemleri ve bu yöntemlerin etkinliği değerlendirilir (CPS, 2005; Czarnecki vd., 2011).

7. Hastanın ortamı (ses, ışık, gürültü vb.) açısından değerlendirilir ve hasta için uygun fiziksel ortam sağlanır (Czarnecki vd., 2011; Kutlutürkan & Bedük, 2010).

8. Etkili bir ağrı yönetimi için hasta ile sürekli iletişim sağlanır ve hastanın ağrısı sürekli izlenir (CPS, 2005).

9. Hasta ağrı yönetiminde belirlenen stratejilere ve hedeflere dahil edilir (CPS, 2005).

10. Ağrı ile ilgili bilgi ve ağrıyla baş etme yöntemleri konusunda hasta ve ailesine eğitim verilir (Jho, Myung, Chang, Kim, & Ko, 2013; Kennedy Nkhoma & Arthur, 2013).

11. Hastanın ağrıyla baş etmesinde etkili olacak, farmakolojik olmayan yöntemlerin seçiminde hastanın bu yöntemeye uygunluğu göz önünde tutulur.

12. Hastaya dikkatini başka yöne çekme (televizyon izleme, müzik dinleme vb.) yaklaşımları kullanılır (Korhan vd., 2013; Onieva-Zafra vd., 2013).

13. Hastaya gevşeme teknikleri öğretilir ve uygulanır (Topçu, 2008).

14. Ağrıyı azaltmada deri uyarım girişimleri (sıcak uygulama, soğuk uygulama, masaj vb.) kullanılır (Marzouk vd., 2013; Özveren, 2011; Rivard vd., 2014; Watkins vd., 2014).

15. Hastanın ağrısı bilişsel davranışçı terapiler konusunda eğitim alan hemşirelerce terapötik dokunma, reiki, yoga vb. yöntemler kullanılarak azaltılmaya çalışılır (Castellar vd., 2014; Mist vd., 2013; Tan vd., 2014).

16. Psikososyal-spiritual müdahaleler (hasta eğitimi, hasta ve aile danışmanlığı, spiritual teknikler) ağrının yönetiminde kullanılır (Kennedy Nkhoma & Arthur, 2013; Kutlutürkan & Bedük, 2010).

17. Hekim ve diğer sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde, hastaya uygun ağrı yönetiminde kullanılan yardımcı tekniklerden (akupunktur, TENS vb.) faydalanması için hasta yönlendirilir (Yeh vd., 2014).

18. Sosyal destek ve spiritual bakım açısından hastanın destek gruplarına katılması sağlanır (Czarnecki vd., 2011; Kutlutürkan & Bedük, 2010).

19. Hekim ile işbirliği yapılarak hastaya uygun analjezik, uygun doz ve yol seçimi, farmakolojik tedavinin uygulanması, tedaviye yanıtın izlenmesi, tedavinin yan etkilerinin gözlenmesi ve önlemlerin alınmasında görev alır (Eti Aslan, 2011, 2012).

20. Hasta ve ailesine uygulanan farmakolojik tedavinin etkileri, yan etkileri ve yönetimi konusunda bilgi verilir (Eti Aslan, 2011, 2012).

21. Ağrıya eşlik eden durumlar belirlenir ve düzeltilmesi için girişimlerde bulunulur (CPS, 2005).

Sonuç olarak; çok boyutlu bir kavram olan ağrının yönetiminde multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımın uygulanması gerekir. Hemşirelik bakımında ağrının fizyolojik etkilerinin yanında ağrıya verilen yanıt, bireyin ağrı ile ilgili inançları, tutumları, geçmiş deneyimleri gibi psikososyal ve bilişsel-davranışsal faktörlerinin ve ağrıyla bireysel baş etme yöntemlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir.

Bireylerin ağrı inançlarının ağrı ile baş etme yöntemlerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (Baird & Haslam, 2013; Briggs vd., 2010; Cornally & McCarthy, 2011; Ruzicka vd., 2007; Slater vd., 2013; Sloan vd., 2008; Walsh & Radcliffe, 2002). Bireyin ağrı inançlarına yönelik uygun bir hemşirelik girişiminin planlanmasının, ağrı yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız; algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3- GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1- Araştırmanın Şekli

Araştırma; algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı çalışmadır.

3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Algoloji Servisi'nde yürütülmüştür. Algoloji Servisi ağrı şikayeti yaşayan bireylere (çeşitli nedenlerle oluşan bel, kalça ve bacak ağrıları, baş ağrıları, omuz, diğer bölge ağrıları ve kanser ağrıları vb.) ilaç tedavisi, girişimsel ağrı tedavi yöntemleri ve bazı ilaç-dışı yöntemlerin uygulandığı 10 yataklı bir servistir. Algoloji Servisi'nde ayda ortalama 150 hasta yatmaktadır. Serviste üç hekim, beş hemşire ve bir yardımcı personel çalışmaktadır.

Algoloji Servisi; uzun süredir ağrıyı deneyimleyen ve genellikle ağrı şiddeti yüksek olan bireylerin gerek girişimsel gerekse girişimsel olmayan yöntemlerle tedavi edilmek üzere yatırıldığı bir servis olması nedeniyle, çalışmaya Algoloji Polikliniği'ne başvuran ayaktan tedavi gören hastalar dahil edilmemiş, çalışma Algoloji Servisi'nde yatan hastalarla sınırlandırılmıştır.

Araştırmanın verileri 15 Mayıs 2014 - 15 Temmuz 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3- Araştırmanın Evreni-Örnekleme

Çalışmanın evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Algoloji Servisi'nde yatan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise; aşağıda belirtilen kriterlere uyan güç analizine göre belirlenen 201 hasta oluşturmuştur.

Dahil edilme kriterleri: Araştırmaya;

- 18-65 yaş arasında olan,
- Non-malign ağrı şikayeti yaşayan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmayan,
- Kullanılan ilaca ya da var olan hastalıklara bağlı bilinç bozukluğu olmayan,
- İletişim problemi olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar alınmıştır.

İki ölçek arasındaki ilişki tahmini kat sayılarına göre yapılan güç analizi sonuçları aşağıda (Ek 1'de) verilmiştir. Burada 1. tip hata $\alpha=0,05$, 2. tip hata $\beta=0,20$ alınarak güç 0,80'de sabit tutulmuştur. Değişik korelasyon sayılarına göre yapılan güç analizinde en az 193 hastanın çalışmaya katılmasının yeterli olduğu saptanmıştır. Çalışmanın örneklemini ise yapılan güç analizi sonuçları esas alınarak 201 hasta oluşturmuştur. Çalışmamız bulguları ile yeniden yapılan güç analizinde 201 hasta ile %99.9 güce ulaşılmıştır.

3.4- Araştırmanın Ön Uygulaması

1 Mayıs - 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında araştırmanın örneklem grubuyla aynı kriterleri taşıyan hasta ön uygulama grubunu oluşturmuştur. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.5- Araştırmanın Uygulanması

3.5.1- Veri toplama araçları

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile üç anket formu kullanılmıştır. Bunlar; araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan (Berk, 2006; Eti Aslan, 2011; Kandemirci, 2010; Peker Salt, 2007; Walsh & Radcliffe, 2002) Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği'dir.

3.5.2- Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu (Ek-2):

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Berk, 2006; Eti Aslan, 2011; Kandemirci, 2010; Peker Salt, 2007; Walsh & Radcliffe, 2002). Formda bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin 9 soru, tıbbi tanısı, sürekli kullanılan ilaçlar gibi hastalık öyküsüne ilişkin 5 soru, ağrı süresi, ağrı yeri, ağrı şiddeti gibi ağrıya ilişkin 11 soru olmak üzere toplam 25 soru yer almaktadır.

3.5.3- Ağrı İnançları Ölçeği (Ek-3):

Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ), (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir (Edwards, Pearce, Turner-Stokes, & Jones, 1992). Ülkemizde ise Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (Berk, 2006). Bu ölçekte ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde bulunmaktadır. Buna göre iki test alanından oluşmuştur: 8 maddeden oluşan Organik İnançlar ve 4 maddeden oluşan Psikolojik

İnançlar test alanları bulunmaktadır. Organik İnanç testi ağrının büyük ölçüde organik kökenli olduğunu yansıtır. (Örn; 'ağrı vücuttaki dokuların zarar görmesi sonucu oluşur.' ve 'ağrı deneyimi vücutta yanlış giden bir şeylerin işaretidir.) Psikolojik İnanç testi ağrı deneyiminin psikolojik faktörlerin etkisinde olduğunu gösterir. (Örn; 'endişeli olma ağrıyı daha kötü yapar.' 'ağrıyı düşünmek ağrıyı daha kötüleştirir.')

 (Walsh & Radcliffe, 2002).

Her alt testin madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır:

Organik İnançlar: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler

Psikolojik İnançlar: 4, 6, 9, 12. Maddeler

Testi alanlardan 1. "hiçbir zaman" ile 6. "her zaman" arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygununu işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişir. Her alt test için toplam puan o alt testteki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt teste ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamakta, ölçeğin alt puanından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermektedir. Organik ve psikolojik inançlar alt boyutlarından en yüksek 6, en düşük ise 1 puan alınabilmektedir (Edwards vd., 1992; Walsh & Radcliffe, 2002).

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı Organik İnançlar alt testi için 0.71 ve Psikolojik İnançlar alt testi için de 0.73 olarak bulunmuştur (Berk, 2006).

3.5.4- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (Ek-4):

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) (Pain Coping Questionnaire-PCQ) Kleinke tarafından ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koymak amacıyla 1992 yılında geliştirilmiştir (Kandemirci, 2010; Kleinke, 1992; Madenci vd., 2006). Ölçek, kronik ağrı hastalarının organik veya psikojenik ağrı ile başa çıkma biçimlerini değerlendirir. Karaca ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (Karaca vd., 1996).

Ölçek 4 alt testten oluşmaktadır. Bunlar; Kendi Kendine Başa Çıkma, Çaresizlik, Bilinçli Bilişsel Girişimler, Tıbbi Çare Arama alt testleridir.

Her alt testin madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır:

Kendi Kendine Başa Çıkma: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 16, 17, 20, 23, 27, 29. maddeler

Çaresizlik: 1, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 28. maddeler

Bilinçli Bilişsel Girişimler: 9, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 27. maddeler

Tıbbi Çare Arama: 4, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 24. maddeler.

29 maddeden oluşan ve öz bildirimine dayanan ölçek, 4'lü likert skalasında (0= hiçbir zaman, 3= sık sık) yanıtlanmaktadır. Puanlar her madde için 0 ile 3 arasında değişir. Her alt test için toplam puan o alt testteki maddelerden alınan puanların toplanmasıyla hesaplanır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekte kendi kendine başa çıkma alt boyutundan en yüksek 36, çaresizlik ve bilinçli bilişsel girişimler alt boyutlarından en yüksek 24 ve tıbbi çare arama alt boyutundan ise en yüksek 27 puan; tüm alt boyutlardan ise en düşük 0 puan alınmaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülen iç tutarlılığı 0.75'tir (Karaca vd., 1996).

3.6- Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmacı tarafından; araştırmanın amacı açıklanarak hasta bilgilendirilmiş onamı alınmış ve anketler ortalama 30-35 dk sürede yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

Uygulama Akışı:

- Uygulamada ilk aşama olarak, girişimsel işlemlerin üzerinden en az iki saat geçmiş olan (Avşaroğulları, 2000) ve dahil edilme kriterlerine uyan hastaya uygun zaman belirlenerek hasta odasında araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve hasta bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. Sosyo-demografik, hastalık öyküsü ve ağrıya ilişkin tanımlayıcı özellikleri belirlemeye yönelik anket formu uygulanmıştır.
- Hastaların ağrıyla baş etme yöntemlerini belirlemeye yönelik Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği uygulanmıştır.
- Uygulamada son aşama olarak hastaların ağrı inançlarını belirlemeye yönelik Ağrı İnançları Ölçeği uygulanmıştır.

3.7- Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin analizinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel metodlar aşağıda verilmiştir.

- Tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, sayı ve yüzdellikler) kullanılmıştır.

- Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Normality Testi kullanılmıştır.

- Ağrı İnançları Ölçeği ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Veriler normal dağılmadığı için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

- Ağrı İnançları Ölçeği ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği'nin alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için normal dağılım göstermeyen sürekli ve kesikli değişkenler için grup sayısına bağlı olarak Mann-Whitney U testi ya da Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

- $p < 0.05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.8-Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan "21 Nisan 2014" karar tarihli "06" karar sayılı etik onay (Ek-5), ilgili hastanenin yönetiminden ve Algoloji Bilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı onay (Ek-6) ve çalışma kapsamına alınacak bireylerden asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır (Ek-7).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sacit Güleç araştırma süresince destek ve danışmanlık vermiştir. Ayrıca çalışmada kullanılan Ağrı İnançları Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'ten ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Uzm. Dr. Sıtkı Karaca'dan ölçeklerin çalışmada kullanılması ile ilgili izin alınmıştır.

3.9- Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarını; çalışma grubuna dahil edilmeme kriterlerine uyan (çalışma süresince malign ve psikiyatrik hastalık tanısı alma, kullanılan ilaca ya da var olan hastalıklara bağlı bilinç bozukluğu yaşama, iletişim problemi gelişmesi, gönüllünün çalışmadan çekilmesi) ve Algoloji Servisi'nde yatan hastalar oluşturmaktadır.

4- BULGULAR

4.1- Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde çalışmanın örneklem grubunu oluşturan 201 hastaya ilişkin sosyo-demografik özellikler, hastalık öyküsü ve ağrıya ilişkin özellikler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1'de hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yaşları 18-65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 48.92 ± 11.42 yıldır. Hastaların %70.1'nin cinsiyeti kadın olup, %83.6'sı evli, %50.7'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %40.8'si gelir durumunu geliri giderine eşit olarak değerlendirirken, %70.1'i çalışmıyordur. Hastaların %98.0'inin sosyal güvencesi vardır. Hastaların %88.6'sı evde eş ve çocuklarıyla beraber, %6.0'sı ebeveyn ile, %5.5'i ise yalnız yaşadığını belirtmiştir. Hastaların %82.1'i ise hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişileri aileleri olarak belirtmiştir.

Tablo 4.1.1 Sosyo-Demografik Özellikler(n=201)

	n	% ^a
Cinsiyet		
Kadın	141	70.1
Erkek	60	29.9
Yaş		
18-29.9	17	8.5
30-49.9	71	35.3
50+	113	56.2
Medeni Durum		
Evli	168	83.6
Bekar	33	16.4
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	7	3.5
Sadece okur-yazar	6	3.0
İlköğretim	102	50.7
Ortaöğretim	52	25.9
Yükseköğretim ve üstü	34	16.9
Gelir durumu		
Gelir giderden az	69	34.3
Gelir gidere eşit	82	40.8
Gelir giderden fazla	50	24.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor ^b	60	29.9
Çalışmıyor ^c	141	70.1
Sosyal güvencesi olma durumu		
Var	197	98.0
Yok	4	2.0
Evde beraber yaşanan kişiler		
Eş, çocuk	178	88.6
Ebeveyn	12	6.0
Yalnız	11	5.5
Hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişiler		
Aile	165	82.1
Yok	6	3.0
Akraba, arkadaş, komşu	30	14.9

^a Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

^b İşçi, memur, esnaf, çiftçi

^c Ev hanımı, emekli, işsiz, öğrenci

Tablo 4.1.2'de katılımcıların hastalık öyküsü ile ilgili özellikleri verilmiştir. Hastaların %87.6'sı kas-iskelet sistemi hastalıkları, %9'u nevralji ve %3.5'i migren tanısı almıştır. Hastaların ağrı tedavisi için sürekli olarak kullandığı ilaç grubuna bakıldığında %67.7'si NSAİ (non-steroid anti inflamatuvar), %12.9'u zayıf ve kuvvetli opioidleri içeren opioidleri ve %58.7'si adjuvan ilaçları kullandığı görülmektedir. Ayrıca hastaların %41.3'ünün diğer kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç gruplarını da kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %86.1'i daha önce de başka nedenlerle ağrı şikayeti yaşadıklarını ve daha önce ağrı şikayeti yaşayan hastaların %88.4'ünün bu şikayetlerine yönelik tedavi gördüğü belirlenmiştir. Hastaların %77.6'sı ise çevrelerinde ağrı şikayeti yaşayan kişiler olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.1.2 Hastalık Öyküsü (n=201)

Tıbbi Tanısı	n	%
Kas-iskelet sistemi hastalıkları ^a	176	87.6
Nevraljiler ^b	18	9.0
Migren	7	3.5
Sürekli kullanılan ilaçlar ^c		
NSAİ	136	67.7
Opioid	26	12.9
Adjuvan İlaçlar ^d	118	58.7
Diğer ^e	83	41.3
Başka nedenlerle ağrı yaşama durumu		
Evet	173	86.1
Hayır	28	13.9
Geçirilmiş ağrı öyküsüne yönelik tedavi alma durumu ^f		
Evet	153	88.4
Hayır	20	11.6
Çevrede ağrı deneyimleyen kişilerin varlığı		
Evet	156	77.6
Hayır	45	22.4

^a Lomber diskopati, servikal diskopati, kol-omuz ağrısı, donuk omuz, tarsal tünel sendromu, karpal tünel sendromu, fibromiyalji, gonartroz, ankilozan spondilit, post laminektomi sendromu.

^b Trigeminal nevralji, atipik fasial ağrı, pudental nevralji, nöropatik ağrı.

^c Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^d Antidepresan, anksiyolitik, antikonvülsan, myolorelaksan, immunsupresif

^e Antihipertansif, antidiyabetik, vitamin vb.

^f Sadece daha önce başka nedenlerle ağrı yaşayan grup (n=173) değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.3. 'de hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine yönelik bulgular verilmiştir. Hastaların %42.3'ü sırt-bel, %21.4'ü baş-boyun ve %19.9'u kol-omuz bölgesinde ağrı şikayeti yaşamaktadır. Hastaların %33.8'i şiddetli, %31.3'ü çok şiddetli, %20.4'ü orta şiddetli ağrı şikayeti yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların ağrı yaşama süresi 1 ay ile 40 yıl arasında değişmekte olup, ortalama ağrı yaşama süresi 68.37 ± 89.42 aydır. Hastaların tedavi programını en sık %39.8 ile steroid enjeksiyonu ve %38.8 ile radyofrekans uygulaması oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların tedavi süresi 1 ay ile 30 yıl arasında değişmekte olup ortalama tedavi süresi 34.93 ± 49.32 aydır. Hastaların %69.2'si de tedaviden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %64.2'si ağrı kontrolünün tanrıda, %49.3'ü doktorda, %37.3'ü kişinin kendisinde ve yalnızca %6.0'sı hemşirede olduğuna inanmaktadır. Ayrıca hastaların %80.6'sı ağrının yönetimine yardımcı olan diğer kişiyi doktor, %45.8'i aile ve %13.9'u hemşire olarak belirtmiştir. Hastaların %96.5'i ağrı ile ilgili bilgi aldıklarını, bu bilgi kaynaklarının en yüksek oranda %53.6 ile basın-yayın araçları olduğunu ve hastaların %72.2'si ise alınan bu bilginin yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.1.3 Ağrıya İlişkin Özellikler (n=201)

	n	%
Ağrı yeri		
Sırt-bel	85	42.3
Baş-boyun	43	21.4
Kol-omuz	40	19.9
Bacak-diz	24	11.9
Diğer ^a	9	4.5
Ağrı şiddeti		
Hafif	1	0.5
Orta	41	20.4
Şiddetli	68	33.8
Çok şiddetli	63	31.3
Dayanılmaz	28	13.9
Ağrı süresi		
0-3 ay	22	10.9
4-6 ay	23	11.4
7-12 ay	25	12.4
13 -60 ay	69	34.3
61-120 ay	32	15.9
121 ay +	30	14.9
Tedavi programı		
Radyo frekans (RF) uygulaması ^b	80	39.8
Transforaminal steroid enjeksiyonu	78	38.8
Sempatik blokaj	17	8.5
RF ve steroid enjeksiyonu	13	6.5
Diğer ^c	13	6.5
Tedavi süresi		
0-3 ay	45	22.4
4-6 ay	23	11.4
7-12 ay	30	14.9
13 -60 ay	75	37.3
61-120 ay	22	10.9
121 ay +	6	3.0
Tedaviden memnun olma durumu		
Evet	139	69.2
Hayır	62	30.8
Ağrı kontrolü ^d		
Kişinin kendisinde	75	37.3
Hemşirede	12	6.0
Doktorda	99	49.3
Tanrıda	129	64.2

	n	%
Ağrının yönetimine yardımcı olan diğer kişiler ^d		
Doktor	162	80.6
Aile	92	45.8
Hemşire	28	13.9
Arkadaş, komşu	16	8.0
Ağrı ile ilgili bilgi alma durumu		
Evet	194	96.5
Hayır	7	3.4
Bilgi kaynakları ^d		
Basın-yayın araçları	104	53.6
Doktor	91	46.9
Komşu, arkadaş	73	37.6
Hemşire	15	7.7
Diğer sağlık personeli	4	2.1
Alınan bilginin yeterli olma durumu ^e		
Evet	54	27.8
Hayır	140	72.2

^a Göğüs, el-bilek, ayak, vulva ve pudental bölge

^b Occipital RF, diz RF, sakroiliak RF, faset eklem denervasyonu, gasser ganglionu RF, paha katateri, dorsal ganglion root bloğu

^c 3'lü omuz bloğu, dorsal kord stimülasyonu (DCS), tarsal tünel enjeksiyonu, hasta kontrollü analjezi (HKA/patient control analgesia-PCA), impar ganglion bloğu

^d Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^f Sadece ağrı ile ilgili bilgi alan grup (n=194) değerlendirilmiştir.

4.2- Ağrı İnançları Ölçek Puanları

Tablo 4.2.1’de çalışma grubundaki hastaların Ağrı İnançları Ölçeği’ne göre ağrı inançları puanlarının ortalamasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların organik inançlar puan ortalaması 3.97 ± 0.78 , psikolojik inançlar puan ortalaması 5.01 ± 1.01 ’dir.

Tablo 4.2.1 Ağrı İnançları Ölçeği Puan Ortalamaları

Ağrı İnançları Ölçeği	Min	Max	Ort±SS
Organik İnançlar	1.25	5.63	3.97 ± 0.78
Psikolojik İnançlar	1.00	6.00	5.01 ± 1.01

4.3- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları

Tablo 4.3.1’de çalışma grubundaki hastaların Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği’nin alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre hastaların kendi kendine başa çıkma puan ortalaması 18.14 ± 7.41 , çaresizlik puan ortalaması 13.56 ± 4.37 , bilinçli bilişsel girişimler puan ortalaması 11.82 ± 4.23 ve tıbbi çare arama puan ortalaması 12.96 ± 4.43 ’dir.

Tablo 4.3.1 Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği	Min	Max	Ort±SS
Kendi Kendine Başa Çıkma	1.00	35.00	18.14 ± 7.41
Çaresizlik	4.00	23.00	13.56 ± 4.37
Bilinçli Bilişsel Girişimler	3.00	23.00	11.82 ± 4.23
Tıbbi Çare Arama	3.00	25.00	12.96 ± 4.43

4.4- Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu

Tablo 4.4.1’de Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek puanları korelasyonuna ilişkin bulgular gösterilmiştir. Hastaların kendi kendine başa çıkma puanı ile bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = .790$) arasında ileri düzeyde pozitif yönde, çaresizlik puanı ile ($p < 0.001$, $r = -.439$) zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken; tıbbi çare arama puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$, $r = .033$). Ayrıca hastaların çaresizlik puanı ile bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.282$) arasında negatif yönde, tıbbi çare arama puanı ($p < 0.001$, $r = .469$) ile

pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Hastaların bilinçli bilişsel girişimler puanı ile tıbbi çare arama puanı arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.001$, $r = .207$).

Hastaların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p < 0.001$, $r = -.388$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.331$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p < 0.001$, $r = .365$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır (çalışmanın Hastaların organik inançları ile tıbbi çare arama durumu ($p > 0.05$, $r = .065$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır).

Hastaların psikolojik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma puanı ($p < 0.05$, $r = .162$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, çaresizlik ($p > 0.05$, $r = -.025$), bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ($p > 0.05$, $r = .128$) ve tıbbi çare arama puanı ($p > 0.05$, $r = .017$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ayrıca hastaların organik inançları ile psikolojik inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$, $r = .058$).

Tablo.4.4.1 Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu

Değişkenler	1 r p	2 r p	3 r p	4 r p	5 r p	6 r p
1. Kendi Kendine Başa Çıkma	-					
2. Çaresizlik	-.439*** .000	-				
3. Bilinçli Bilişsel Girişimler	.790*** .000	-.282*** .000	-			
4. Tıbbi Çare Arama	.033 .643	.469*** .000	.207** .003	-		
5. Organik İnançlar	-.388*** .000	.365*** .000	-.331*** .000	.065 .362	-	
6. Psikolojik İnançlar	.162* .021	-.025 .719	.128 .070	.017 .814	.058 .410	-

n=201, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4.5- Yaş, Ağrı ve Tedavi Süresi İle Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu

Tablo 4.5.1’de yaş, ağrı ve tedavi süresi ile Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek puanları korelasyonuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre; çalışma kapsamında yer alan hastaların yaşı ile kendi kendine başa çıkma puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki ($p < 0.05$, $r = .141$) söz konusuysa, bilinçli bilişsel girişimler ($p > 0.05$, $r = .093$), tıbbi çare arama ($p > 0.05$, $r = -.047$) ve çaresizlik puanı ($p > 0.05$, $r = -.121$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine yaşla birlikte kişinin organik ve psikolojik inançlar puanında artış gözlenmekle birlikte, yaş ile ağrı inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların ağrı ve tedavi süresi ile ağrıyla başa çıkma ve ağrı inançları puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.5.1 Yaş, Ağrı ve Tedavi Süresi İle Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu

Değişkenler	Yaş	Ağrı süresi	Tedavi süresi
	r p	r p	r p
Kendi Kendine Başa Çıkma	.141* .045	-.072 .307	-.007 .920
Çaresizlik	-.121 .086	.134 .058	.119 .093
Bilinçli Bilişsel Girişimler	.093 .189	-.120 .089	-.005 .945
Tıbbi Çare Arama	-.047 .504	.000 .995	-.022 .761
Organik İnançlar	.060 .401	.009 .903	.076 .286
Psikolojik İnançlar	.125 .077	.002 .972	.032 .655

n=201,* $p < 0.05$

4.6- Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Tablo 4.6.1 ve Tablo 4.6.2’de diğer sosyo-demografik değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek puanlarıyla karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların cinsiyete göre kendi kendine başa çıkma, bilinçli bilişsel girişimler puanı arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0.05$), hastaların çaresizlik ile tıbbi çare arama puanı arasında anlamlı fark vardır ($p < 0.01$). Kadın hastaların erkek hastalara göre çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları daha yüksektir. Hastaların cinsiyete göre organik inanç ve psikolojik inançlar puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ayrıca kadın hastaların psikolojik inançlar puanı erkek hastalara göre daha yüksek görülürken, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların medeni durumu, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile organik ve psikolojik ağrı inançlar puanı ve ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bunun yanında hastaların çalışma durumu ile organik inançları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre psikolojik inançları daha yüksektir ve iki grup arasında anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Ayrıca hastaların evde beraber yaşadıkları kişiler ve hastane dışında hastalığı ile ilgili destek durumları ile organik ve psikolojik ağrı inançlar puanı ve ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.1 Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Alt Boyutlar	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Cinsiyet*						
Kadın	18.00(13.00-24.00) 18.46±7.65	15.00(11.00-17.00) 14.13±4.22	12.00(8.50-15.00) 11.98±4.41	14.00(10.00-17.00) 13.63±4.33	3.87(3.37-4.62) 3.97±.81	5.50(4.75-5.75) 5.10±.89
Erkek	18.00(12.25-23.00) 17.40±6.83	12.00(9.0-16.000) 12.23±4.45	12.00(9.00-14.00) 11.45±3.76	12.00(9.00-14.00) 11.36±4.28	3.8(3.6-4.4) 3.96±.69	5.12(4.25-5.75) 4.78±1.22
p/Z	p=.410/Z=-.823	p=.004/ Z=2.846	p=.586/ Z=.545	p=.002/Z=-3.169	p=.970/ Z =-.037	p=.164/Z=-1.393
Medeni Durum*						
Evli	18.00(12.25-24.00) 18.15±7.37	14.00(10.00-16.75) 13.42±4.28	12.00(8.25-14.75) 11.78±4.24	13.00(10.00-16.00) 13.00±4.50	4.00(3.50-4.62) 3.99±.79	5.25(4.50-5.75) 5.03±.99
Bekar	19.00(13.00-25.00) 18.12±7.57	15.00(11.00-17.50) 14.30±4.79	12.00(9.50-15.00) 12.03±4.23	12.00(9.00-15.50) 12.72±4.13	3.75(3.43-4.25) 3.85±.67	5.50(4.37-5.75) 4.89±1.10
p/Z	p=.738/ Z=.334	p=.255/ Z=1.139	p=.649/ Z=.455	p=.455/ Z=-.747	p=.167/ Z=-1.382	p=.590/ Z=-.539
Eğitim Durumu**						
Okur yazar değil	14.00(13.00-17.00) 14.71±2.42	15.00(11.00-15.00) 14.28±3.59	9.00(8.00-11.00) 9.28±1.97	13.00(8.00-16.00) 12.71±4.68	4.37(3.50-4.75) 4.05±1.00	5.00(4.75-5.50) 5.14±.45
Sadece okur yazar	12.50(9.50-19.00) 14.16±6.11	14.00(12.25-17.25) 14.33±2.87	9.00(7.00-12.25) 9.50±2.58	16.50(11.75-18.50) 15.66±3.61	4.37(3.81-5.12) 4.45±.76	4.25(3.81-6.00) 4.62±1.12
İlköğretim	19.00(14.00-24.00) 18.48±6.45	14.00(10.75-17.00) 13.82±4.38	12.00(9.00-14.00) 11.71±3.78	14.00(9.75-17.00) 13.25±4.52	4.06(3.50-4.62) 4.01±.75	5.50(4.50-5.81) 5.07±.93
Ortaöğretim	19.00 (11.00-27.00) 19.23±9.32	13.00(10.25-15.75) 13.05±4.75	12.50(7.25-16.00) 12.32±5.19	12.00(10.00-15.75) 12.46±4.20	3.75(3.37-4.46) 3.82±0.75	5.37(4.50-6.00) 4.98±1.13
Yüksek öğretim	18.50(10.75-23.00) 16.91±7.44	13.00(9.00-15.00) 13.29±4.18	13.00(9.00-15.00) 12.32±4.27	13.00(9.00-15.25) 12.41±4.59	3.87(3.46-4.65) 3.95±.84	5.37(4.43-5.75) 4.88±1.11
p/KW	p=.177/KW=6.312	p=.796/KW=1.671	p=.161/KW=6.559	p=.353/KW=4.416	p=.277/KW=5.107	p=.774/KW=1.789

*Mann Whitney U Test **Kruskal Wallis Test

Tablo 4.6.2 Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği		
	Alt Boyutlar	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Gelir Durumu**							
Gelir giderden az	18.00(12.00-25.00) 18.30±8.16	13.00(9.50-17.00) 13.27±4.61	12.00(9.00-15.00) 12.11±4.54	12.00(9.50-15.00) 12.63±4.06	3.87(3.50-4.31) 3.91±.75	5.50(4.62-5.75) 5.07±.95	
Gelir gidere eşit	20.00(14.00-24.00) 19.03±6.87	14.00(11.00-16.00) 13.47±4.09	12.00(8.75-14.25) 11.79±4.12	13.00(9.00-16.00) 12.75±4.46	3.87(3.46-4.50) 3.95±.70	5.12(4.50-5.75) 4.94±.95	
Gelir giderden fazla	15.00(12.00-19.75) 16.48±7.06	14.00(11.00-18.00) 14.12±4.50	11.00(8.00-14.00) 11.48±4.00	14.00(10.00-17.00) 13.74±4.86	4.37(3.56-4.75) 4.07±.93	5.50(4.75-5.81) 5.02±1.17	
p/KW	p=.055/KW=5.808	p=.658/KW=.838	p=.647/KW=.872	p=.476/KW=1.487	p=.162/KW=3.637	p=.442/KW=1.633	
Çalışma Durumu*							
Çalışıyor	18.00(12.25-22.75) 17.40±6.62	14.00(10.00-17.00) 13.53±4.72	13.00(9.00-14.75) 11.66±4.04	12.00(9.00-16.00) 12.40±4.59	3.87(3.50-4.50) 3.93±.74	5.00(4.50-5.50) 4.82±1.07	
Çalışmıyor	18.00(13.00-25.00) 18.46±7.73	14.00(11.00-16.50) 13.58±4.23	12.00(8.50-15.00) 11.89±4.32	13.00(10.00-16.00) 13.19±4.36	4.00(3.50-4.56) 3.98±.79	5.50(4.75-6.00) 5.08±.97	
p/Z	p=.387/Z=3.904	p=.902/Z=4.183	p=.880/Z=4.287	p=.242/Z=3.790	p=.658/Z=4.063	p=.046/Z=3.485	
Evde Beraber Yaşanılan Kişiler**							
Eş, çocuk	18.00(13.00-24.00) 18.38±7.33	14.00(10.00-17.00) 13.44±4.28	12.00(9.00-14.00) 13.44±4.28	13.00(10.00-16.00) 13.07±4.41	3.87(3.50-4.62) 3.97±.80	5.25(4.50-5.75) 5.02±.99	
Ebeveyn	15.50(7.75-19.75) 14.58±7.90	15.50(14.00-18.50) 16.25±3.41	12.00(7.25-14.50) 11.25±4.20	11.50(9.25-16.00) 13.16±5.07	4.25(3.62-4.68) 4.13±7.29	5.62(3.37-5.75) 4.87±1.34	
Yalnız	19.00(15.00-25.00) 18.27±8.00	14.00(7.00-16.00) 12.63±5.81	14.00(9.00-16.00) 11.90±5.06	12.00(8.00-13.00) 10.90±4.01	3.62(3.50-3.87) 3.75±.46	5.25(4.50-5.50) 4.97±.93	
p/KW	p=.293/KW=2.452	p=.091/KW=4.788	p=.830/KW=.372	p=.288/KW=2.489	p=.389/KW=1.888	p=.922/KW=.163	
Hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişiler**							
Aile	19.00(13.00-24.00) 18.53±7.14	14.00(11.00-16.00) 13.63±4.23	12.00(9.00-14.00) 11.83±4.18	13.00(10.00-16.00) 13.06±4.43	4.00(3.50-4.62) 4.00±.77	5.25(4.50-5.75) 4.97±1.05	
Yok	14.00(7.00-17.50) 12.33±6.53	13.50(8.50-20.50) 14.16±5.91	10.50(8.25-14.50) 11.00±3.57	16.50(7.50-19.25) 14.00±6.63	3.24(2.50-4.06) 3.29±.90	4.87(3.68-5.81) 4.62±1.45	
Akraba, arkadaş, komşu	18.50(10.25-25.25) 17.20±18.14	14.00(8.00-17.00) 13.10±4.91	13.00(7.75-16.00) 11.93±4.71	12.00(9.00-14.25) 12.20±4.02	3.81(3.34-4.40.) 3.94±.73	5.50(4.75-5.75) 5.27±.58	
p/KW	p=.155/KW=3.728	p=.899/KW=.213	p=.752/KW=.571	p=.329/KW=2.224	p=.112/KW=4.371	p=.554/KW=1.182	

*Mann Whitney U Test **Kruskal Wallis Test

4.7-Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Tablo 4.7.1 ve Tablo 4.7.2’de hastalık öyküsü ile ilgili değişkenlerin ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların tıbbi tanıları ile kendi kendine başa çıkma ($p<0.001$), çaresizlik ($p<0.05$), bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ($p<0.001$) ve tıbbi çare arama puanları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Tıbbi tanıları arasında farklılığa çoklu karşılaştırmalara göre bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuş olup, bu farklılığın en çok nevroj ve migren grubunda olduğu görülmektedir. Buna göre; nevroj ($p<0.05$) ve migren ($p<0.01$) tanılı hastaların kendine başa çıkma puanı; kas-iskelet sistemi hastalık tanısı alanlara göre daha düşüktür.

Nevroj ($p<0.01$) ve migren ($p<0.001$) tanılı hastaların bilinçli bilişsel girişimler puanı kas-iskelet sistemi hastalık tanısı alanlara göre daha düşükken, özellikle nevroj tanılı hastaların tüm gruplara göre tıbbi çare arama puanı daha yüksektir ($p<0.05$). Ayrıca; nevroj tanısı alan hastaların organik inançlar puanı da diğer gruplara göre yüksek görülürken anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tıbbi tanıları ile organik ve psikolojik inançları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ağrı tedavisi için sürekli olarak NSAİ kullanan hastaların organik ve psikolojik ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0.05$).

Opioid kullanan hastaların kendi kendine başa çıkma ($p<0.01$), çaresizlik ($p<0.01$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p<0.05$) arasında anlamlı bir fark vardır. Ayrıca opioid kullananların organik inançlar puanı kullanmayanlara göre daha yüksektir ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanında opioid kullanmayanların ise kullananlara göre psikolojik inanç puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Adjuvan ilaç kullananların kendi kendine başa çıkma ($p<0.01$), çaresizlik ($p<0.01$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p<0.05$) arasında anlamlı bir fark vardır. Ayrıca adjuvan ilaç kullananların organik inançlar puanı kullanmayanlara göre daha yüksek ve psikolojik inançlar puanı daha düşük bulunmuştur. Fakat iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Hastaların daha önce ağrı deneyimi yaşama durumu ile kendi kendine başa çıkma ($p>0.05$) ve bilinçli bilişsel girişimler ($p>0.05$) puanı arasında anlamlı bir fark görülmezken; çaresizlik ($p<0.001$) ve tıbbi çare arama

puanı ($p < 0.01$) arasında anlamlı fark görülmektedir. Hastaların organik ve psikolojik inançlar puanı ile daha önce ağrı deneyimi yaşama durumu arasında anlamlı bir bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların geçirilmiş ağrı öyküsüne yönelik tedavi alma durumu ve çevrede ağrı deneyimleyen kişilerin varlığı ağrıyla başa çıkma ölçek puanlarını etkilememektedir ($p > 0.05$). Ayrıca, geçirilmiş ağrı öyküsüne yönelik tedavi alan hastaların; organik inançlar puanı tedavi almayanlara göre düşükken, psikolojik inançlar puanı daha yüksektir. Fakat iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hastaların çevrelerinde ağrı deneyimleyen kişinin bulunması hastaların organik inançlar puanlarını düşürürken, psikolojik inançlar puanını yükseltmektedir. Fakat iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.7.1 Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Alt Boyutlar	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Tıbbi Tanısı **						
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	19.00(14.00-24.00) 18.97±7.03	14.00(10.00-16.00) 13.29±4.42	12.00(10.00-15.00) 12.34±3.94	13.00(10.00-16.00) 13.20±4.23	3.87(3.50-4.50) 3.94±.75	5.25(4.50-5.75) 5.00±1.01
Nevraljiler	11.50(5.75-20.00) 13.50±8.55	14.50(12.75-17.00) 14.83±3.32	7.50(5.00-11.50) 9.00±4.94	9.00(7.00-13.25) 10.22±5.28	4.37(3.09-4.90) 4.20±.93	5.25(4.43-6.00) 4.98±1.06
Migren	8.00(7.00-13.00) 9.42±3.30	17.00(14.00-21.00) 17.14±3.43	6.00(4.00-8.00) 6.14±1.95	13.00(10.00-18.00) 13.85±5.27	3.87(3.12-5.00) 3.92±1.01	5.50(4.50-6.00) 5.25±.82
p/KW	p<.001/KW=17.377	p=.038/KW=6.549	p<.001/KW=22.913	p=.026/KW=7.262	p=.548/KW=1.204	p=.867/KW=.286
Sürekli kullanılan ilaçlar*						
NSAİ grubu						
Evet	19.00(13.00-24.00) 18.35±7.40	14.00(11.00-17.00) 13.95±4.15	12.00(9.00-14.00) 11.78±4.03	13.50(10.00-16.00) 13.19±4.26	3.87(3.50-4.62) 3.97±.78	5.25(4.75-5.75) 5.06±.95
Hayır	18.00(12.00-25.00) 17.72±7.47	13.00(9.00-16.00) 12.75±4.71	12.00(7.50-15.50) 11.90±4.65	12.00(9.00-16.00) 12.46±4.77	3.87(3.50-4.43) 3.97±.77	5.50(4.37-5.75) 4.90±1.12
p/Z	p=.604/Z=.64	p=.065/Z=1.844	p=.706/Z=-.377	p=.147/Z=1.451	p=.983/Z=-.021	p=.492/Z=.492
Opioid grubu						
Evet	12.50(9.00-18.25) 14.46±7.02	16.50(13.00-19.00) 16.00±3.77	9.00(6.00-13.25) 9.96±4.41	14.00(10.75-18.00) 14.11±4.62	4.50(3.56-5.00) 4.31±.85	5.37(4.50-6.00) 5.09±.89
Hayır	19.00(13.00-24.00) 18.69±7.33	14.00(10.00-16.00) 13.20±4.34	12.00(9.00-15.00) 12.10±4.14	13.00(10.00-16.00) 12.78±4.39	3.87(3.50-4.50) 3.92±.75	5.25(4.50-5.75) 4.99±1.02
p/Z	p=.003/Z=-2.924	p=.002/Z=3.166	p=.016/Z=-2.411	p=.183/Z=1.331	p=.024/Z=2.253	p=.762/Z=.303
Adjuvan İlaçlar						
Evet	17.00(11.00-24.00) 17.13±7.60	14.50(11.00-17.00) 14.22±3.90	11.00(8.00-14.25) 11.37±4.33	13.00(10.00-16.00) 13.05±4.46	4.00(3.50-4.62) 4.02±.78	5.12(4.50-5.75) 4.99±.95
Hayır	20.00(14.00-25.00) 19.59±6.93	13.00(8.00-16.00) 12.63±4.83	13.00(10.00-15.00) 12.46±4.02	12.00(10.00-16.00) 12.81±4.42	3.87(3.50-4.37) 3.90±.77	5.50(4.50-5.75) 5.02±1.09
p/Z	p=.017/Z=-2.396	p=.011/Z=2.534	p=.049/Z=-1.972	p=.695/Z=.393	p=.392/Z=.856	p=.474/Z=-.716

* Mann-Whitney U Test, **Kruskal Wallis Test

Tablo 4.7.2 Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Alt Boyutlar	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Başka nedenlerle ağrı yaşama durumu*						
Evet	18.00(13.00-24.00) 18.03±7.47	14.00(11.00-17.00) 13.98±4.28	12.00(9.00-15.00) 11.89±4.15	13.00(10.00-16.00) 13.23±4.36	3.87(3.50-4.62) 4.00±.76	5.50(4.75-5.75) 5.06±.97
Hayır	20.00(12.50-23.00) 18.85±7.13	10.00(7.25-14.75) 11.00±4.08	11.50(7.00-14.00) 11.39±4.73	10.00(7.50-14.00) 10.71±4.27	3.81(3.50-4.37) 3.79±.87	4.75(4.06-5.75) 4.67±1.19
p/Z	p=.588/Z=.542	p=.001/Z=-3.266	p=.541/ Z=-.611	p=.005/Z=-2.805	p=.350/ Z=-.935	p=.096/ Z=-1.666
Geçirilmiş ağrı öyküsüne yönelik tedavi alma durumu*						
Evet	18.00(12.25-24.00) 17.85±7.48	14.00(11.00-17.00) 13.99±4.32	12.00(9.00-14.00) 11.84±4.15	13.00(10.00-16.00) 13.40±4.35	3.87(3.50-4.60) 4.00±.77	5.50(4.75-5.75) 5.05±.98
Hayır	21.00(12.50-21.00) 19.28±7.73	13.00(8.00-15.00) 12.47±4.24	12.00(8.00-16.00) 12.00±4.95	11.00(9.50-15.00) 12.14±4.43	4.00(3.12-4.43) 3.80±.84	5.00(4.50-5.50) 4.67±1.17
p/Z	p=.398/ Z=.845	p=.173/ Z=-1.361	p=.885/ Z=.144	p=.191/ Z=-1.308	p=.416/ Z=-.814	p=.070/ Z=-1.812
Çevrede ağrı deneyimleyen kişilerin varlığı*						
Evet	18.00(13.00-24.00) 18.14±7.47	14.00(10.00-17.00) 13.714±4.53	12.00(9.00-14.00) 11.71±4.19	13.00(10.00-16.00) 13.16±4.61	3.87(3.40-4.50) 3.93±.79	5.25(4.50-5.75) 5.01±1.01
Hayır	19.00(12.00-24.50) 18.15±7.31	13.00(11.50-15.00) 13.04±3.72	13.00(8.00-16.00) 12.22±4.39	13.00(9.00-15.00) 12.26±3.73	4.00(3.62-4.68) 4.10±.70	5.50(4.50-5.75) 4.99±1.02
p/Z	p=.904/ Z=.121	p=.262/ Z=-1.121	p=.374/ Z=.890	p=.234/ Z=-1.191	p=.217/ Z=1.235	p=.884/ Z=-.145

* Mann-Whitney U test

4.8- Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Tablo 4.8.1 ve Tablo 4.8.2’de ağrı ile ilgili değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular görülmektedir. Hastaların ağrı yeri ile kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.001$). Ağrı yerinin çoklu karşılaştırmalarla gruplar arasında farklılıklarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın; en fazla baş-boyun bölgesinde ağrı yaşayan hastalarda ortaya çıktığı görülmektedir. Buna göre; baş-boyun bölgesinde ağrı yaşayanların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ile sırt-bel ($p<0.001$), kol-omuz ($p<0.01$) ve bacak-diz ($p<0.01$) bölgesi arasında anlamlı fark vardır.

Baş-boyun ve sırt-bel bölgesinde ağrı yaşayanların diğer bölgelerde ağrı yaşayanlara göre organik inançlar puanı yüksek görülürken anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastaların ağrı yeri psikolojik inançlar puanını etkilememektedir ($p>0.05$).

Çalışma grubundaki hastaların ağrı şiddeti ile kendi kendine başa çıkma ($p<0.001$), çaresizlik ($p<0.01$) ve tıbbi çare arama durumu ($p<0.01$) arasında anlamlı bir fark bulunurken; bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca; ağrı şiddetinin çoklu karşılaştırmalarla gruplar arasında farklılıklarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre gruplar arasında dayanılmaz ve şiddetli ağrı yaşayanların öne çıktığı görülmektedir. Dayanılmaz-şiddetli ile dayanılmaz-orta şiddetli ağrı yaşayanların kendi kendine başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.01$). Ayrıca; Çok şiddetli- orta şiddetli ağrı yaşayan hastaların çaresizlik ($p<0.01$) ve tıbbi çare arama puanları ($p<0.05$) arasında anlamlı fark vardır.

Hastaların ağrı şiddetinde artma görüldüğünde organik ağrı inançlar puanında yükselme görülürken anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların psikolojik inançlar puanı ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Hastaların aldıkları tedaviden memnun olan hastaların tıbbi çare arama puanı daha yüksektir ($p<0.05$). Hastaların tedaviden memnun olma durumu ile ağrı inançları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların ağrıyla başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), organik inançlar puanı arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Ağrı kontrolünün doktorda olduğuna inanan hastaların ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma puanlarında anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), ağrı kontrolünün hemşirede olduğuna inananlarda sadece tıbbi çare arama puanında anlamlı bir fark görölmektedir ($p<0.05$).

Ağrı kontrolünün tanıda olduğuna inanan hastaların ise sadece çaresizlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ayrıca bu hastaların psikolojik inançlar puanı daha yüksek görülürken, anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Hastaların ağrı ile ilgili bilgi alma durumları ile ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.8.1 Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Alt Boyutlar	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Ağrı Yeri**						
Sırt-bel	20.00(14.00-25.00) 19.91±6.82	14.00(10.00-17.00) 13.34±4.54	13.00(10.00-16.00) 12.83±4.14	13.00(10.00-16.00) 12.89±4.18	4.12(3.56-4.75) 4.09±.84	5.50(4.50-5.75) 5.00±.90
Baş-boyun	12.00(8.00-18.00) 13.00±7.27	14.00(12.00-18.00) 14.65±4.05	8.00(5.00-11.00) 8.76±4.50	11.00(7.00-15.00) 11.60±5.61	4.00(3.12-4.62) 3.96±.87	5.00(4.50-5.75) 5.02±1.09
Kol-omuz	20.00(15.00-23.75) 19.05±6.01	13.00(10.00-16.00) 12.92±4.17	13.00(10.00-14.00) 12.32±2.89	14.00(12.00-16.75) 14.35±3.53	3.75(3.37-4.00) 3.72±.60	5.25(4.50-5.50) 4.95±1.06
Bacak-diz	21.00(15.25-25.75) 20.08±7.86	12.50(9.25-16.00) 13.20±4.61	14.00(10.25-16.00) 13.04±3.98	13.50(10.00-15.75) 13.33±4.20	3.87(3.62-4.37) 3.98±.61	5.00(4.56-6.00) 5.17±.77
Diğer	19.00(11.50-21.00) 16.88±7.81	15.00(14.00-17.00) 14.33±4.24	12.00(9.00-14.00) 11.44±2.65	12.00(10.50-16.00) 12.88±3.25	3.62(3.31-4.50) 3.87±.65	5.00(3.87-5.62) 4.72±1.09
p/KW Ağrı Şiddeti**	p<.001/KW=27.485	p=.417/KW=3.916	p<.001/KW=30.434	p=.054/KW=9.294	p=.063/KW=8.944	p=.761/KW=1.863
Orta	20.00(15.50-25.00) 20.43±6.36	11.00(7.50-15.50) 11.70±4.28	13.00(10.00-15.00) 12.24±3.79	12.00(7.50-14.00) 11.09±4.35	3.87(3.50-4.25) 3.85±.59	5.00(4.50-5.50) 4.86±.90
Şiddetli	20.00(13.25-25.00) 19.60±7.21	14.00(11.00-16.00) 12.97±4.00	12.00(9.00-15.00) 12.08±3.96	12.00(9.00-15.75) 12.64±4.04	3.81(3.37-4.50) 3.89±.77	5.50(4.50-6.00) 5.10±1.04
Çok şiddetli	18.00(12.00-22.00) 16.98±6.50	15.00(11.00-18.00) 14.65±4.64	12.00(8.00-15.00) 11.88±4.19	15.00(11.00-18.00) 14.49±4.43	4.25(3.62-4.75) 4.08±.77	5.50(4.75-5.75) 5.00±1.04
Dayanılmaz	12.50(5.75-18.00) 14.03±9.29	15.00(13.00-17.75) 15.03±3.43	11.00(6.00-14.00) 10.53±5.41	13.00(9.00-16.00) 12.96±4.57	4.12(3.53-4.81) 4.08±1.01	5.00(4.56-5.93) 4.95±1.03
p/KW Tedaviden memnuniyet*	p=.001/KW=17.004	p=.002/KW=14.360	p=.319/KW=3.51	p=.007/KW=12.030	p=.144/KW=5.416	p=.238/KW=4.224
Evet	18.00(12.00-24.00) 18.25±7.80	14.00(10.00-16.00) 13.43±4.20	12.00(9.00-15.00) 12.07±4.38	14.00(10.00-16.00) 13.44±4.45	3.87(3.50-4.50) 3.96±.75	5.25(4.50-5.75) 5.03±.98
Hayır	17.50(13.00-23.25) 17.91±6.51	14.00(11.00-17.00) 13.85±4.74	12.00(8.00-14.00) 11.27±3.83	12.00(9.00-15.25) 11.87±4.22	3.87(3.37-4.65) 3.98±.84	5.50(4.43-5.75) 4.95±1.07
p/Z	p=.830/Z=-.214	p=.439/Z=.774	p=.275/Z=-1.091	p=.020/Z=-2.328	p=.933/Z=-.084	p=.739/Z=-.333

* Mann-Whitney U test , **Kruskal Wallis Test , Ağrı şiddeti değişkeninde hafif grubunda 1 birim olduğu için grup dışı bırakılmıştır.

Tablo 4.8.2 Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Ölçekler		Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği		Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar
	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Ağrı kontrolü kişinin kendisinde*						
Evet	19.00(12.00-26.00) 19.93±7.57	13.00(10.00-17.00) 12.98±4.56	13.00(9.00-16.00) 12.45±4.57	13.00(9.00-16.00) 12.85±4.44	3.87(3.37-4.37) 3.83±.69	5.25(4.50-5.75) 5.00±.95
Hayır	18.00(13.00-23.25) 17.44±7.26	14.00(11.00-17.00) 13.91±4.22	12.00(8.00-14.00) 11.45±3.98	13.00(10.00-16.00) 12.85±4.44	4.00(3.50-4.62) 4.05±.81	5.37(4.50-5.81) 5.01±1.04
p/Z	p=.134/Z=-1.498	p=.118/Z=1.563	p=.153/Z=-1.431	p=.791/Z=.265	p=.042/Z=2.038	p=.708/Z=.375
Ağrı kontrolü hemşirede*						
Evet	12.00(4.00-27.75) 14.58±12.52	14.50(12.25-18.25) 14.75±3.67	10.00(5.25-17.50) 11.66±6.78	16.50(10.75-18.75) 15.58±4.27	3.75(3.06-4.40) 3.61±.95	5.00(4.00-5.50) 4.62±1.28
Hayır	19.00(13.00-24.00) 18.37±6.96	14.00(10.00-17.00) 13.49±4.40	12.00(9.00-14.50) 11.83±4.04	13.00(10.00-16.00) 12.79±4.40	3.87(3.50-4.56) 3.99±.76	5.25(4.50-5.75) 5.03±.99
p/Z	p=.151/Z=1.437	p=.387/Z=-.864	p=.610/Z=.511	p=.038/Z=-2.073	p=.225/Z=1.212	p=.221/Z=1.225
Ağrı kontrolü doktorda*						
Evet	18.00(11.00-25.00) 17.79±8.35	14.00(11.00-17.00) 13.82±4.38	12.00(8.00-15.00) 11.71±4.64	13.00(10.00-18.00) 13.56±4.71	4.00(3.50-4.62) 4.07±.81	5.25(4.50-5.75) 4.94±1.01
Hayır	18.50(14.00-23.00) 18.49±6.40	14.00(10.00-17.00) 13.31±4.36	12.00(9.00-14.00) 11.93±3.81	13.00(9.00-15.00) 12.37±4.08	3.87(3.50-4.40) 3.87±.73	5.50(4.75-6.00) 5.06±1.01
p/Z	p=.624/Z=.490	p=.488/Z=-.693	p=.636/Z=.473	p=.084/Z=-1.730	p=.096/Z=-1.667	p=.283/Z=1.073
Ağrı kontrolü tanırdada*						
Evet	18.00(14.00-24.00) 18.51±6.88	14.00(12.00-17.00) 14.20±4.03	12.00(9.00-15.00) 12.02±4.20	13.00(10.00-16.00) 13.00±4.48	3.87(3.50-4.62) 4.02±.72	5.50(4.75-5.75) 5.12±.88
Hayır	18.00(11.00-24.00) 17.50±8.29	12.50(8.25-16.75) 12.41±4.73	12.00(8.00-14.00) 11.47±4.29	12.00(9.25-15.75) 12.87±4.38	3.87(3.37-4.50) 3.86±.86	5.00(4.00-5.75) 4.80±1.18
p/Z	p=.335/Z=-.963	p=.012/Z=-2.510	p=.341/Z=-.952	p=.561/Z=-.581	p=.329/Z=-.975	p=.130/Z=-1.513
Ağrı ile ilgili bilgi alma*						
Evet	18.00(12.50-24.00) 18.23±7.47	14.00(10.50-17.00) 13.56±4.38	12.00(9.00-15.00) 11.87±4.27	13.00(10.00-16.00) 13.03±4.42	3.87(3.50-4.50) 3.96±.78	5.25(4.50-5.75) 5.00±1.01
Hayır	16.00(14.00-19.00) 16.00±5.80	14.00(10.00-15.75) 13.62±4.30	10.50(8.25-13.50) 10.62±3.02	12.00(6.75-15.50) 11.12±4.58	4.06(3.68-4.68) 4.06±.74	5.25(4.50-5.93) 5.09±.88
p/Z	p=.405/Z=-.832	p=.995/Z=-.006	p=.380/Z=-.877	p=.326/Z=-.983	p=.615/Z=.503	p=.940/Z=.075

* Mann-Whitney U Test

5- TARTIŞMA

5.1-Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarının Tartışılması

Çalışmamız sonucunda hastaların %88.9'unun kronik ağrı olduğu bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun kronik ağrı şikayeti yaşadıkları görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.3). Çalışmamıza benzer olarak Ünde-Ayvat ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da 1 yıl boyunca algoloji polikliniğine başvuran hastaların %73'ünün kronik ağrı şikayeti yaşadıkları belirtilmiştir (Ünde Ayvat vd., 2011). Karaman ve Kavak'ın (2010) çalışmasında da benzer şekilde algoloji ünitesine başvuran hastaların bir yıllık retrospektif analiz sonuçlarına göre %81.7'sinin kronik benign ağrı şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir (Karaman & Kavak, 2010).

Çalışmamızda hastaların ağrı inançları alt boyutlar puanlarının birbiriyle karşılaştırılması sonucunda; hastaların organik inançlar puanının psikolojik inançlar puanına göre daha düşük olmasının yanında puanlar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (Bkz. Tablo 4.4.1). Organik inançlar puanı; ağrının nedeninin "vücutta yaralanma, zarar" kaynaklı olduğu algısına dayanmaktadır. Kişiler ne kadar yaralanma varsa o kadar ağrı olduğu inancına sahiptir. Buna göre; organik inançların yönetiminde biyomedikal düşüncenin hakim olduğu, ağrı kontrolünde ağrıya neden olan sorunun ortadan kaldırılmasının ve aktivite/egzersiz kontrolünün ön planda olduğu görülmektedir. Psikolojik inançlar puanı ise; ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisi olduğu; yönetiminde ise dikkati başka yöne çekme, rahatlama- gevşeme gibi tekniklerden yararlandığı belirtilmektedir (Baird & Haslam, 2013; Walsh & Radcliffe, 2002). Çalışma sonucumuza benzer şekilde; Berk'in (2006) kronik ağrılı, ağrısız sağlıklı öğrenci, ağrılı öğrenci ve ağrısız sağlıklı kontrol grubuyla yaptığı çalışmada organik inançlar puanının psikolojik inançlar puanına göre tüm gruplarda düşük olduğu görülmüştür. Sadece kronik ağrılı grupta anlamlı fark bulunmuştur (Berk, 2006). Bu farkın nedeninin kronik ağrı şikayeti yaşayan hastaların ağrı inançlarını organik inançlar faktörü ile ilişkilendirmeye yatkın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ağrı inançlar ölçeğini geliştiren Edwards'ın (1992) çalışmasında da kronik ağrı hastalarının organik faktörleri daha fazla dile getirdiği, bunun yanı sıra ağrı ile ilişkili problemlerin psikolojik faktörlerle de ilişkilendirildiği belirtilmiştir. Baird ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında klinik dışı popülasyon ile klinik olarak takip edilen kronik bel ağrısı olan popülasyonun ağrı inançları değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre; klinik kronik bel ağrısı yaşayanların organik inançlar puanının daha yüksek olduğu, klinik olmayan popülasyonda ise sık ağrı yaşayan bireylerde organik inançlar puanının yükseldiği görülmüştür (Baird & Haslam, 2013). Sloan ve arkadaşlarının çalışmasında ise (2008) kronik enflamatuar bel ağrısı ile

non-enflamatuar bel ağrısı yaşayanların ağrı inançları değerlendirildiğinde; non-enflamatuar bel ağrısı yaşayanların organik inançlar puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sloan vd., 2008). Organik ve psikolojik inançlar puanının çalışmalara göre farklılık göstermesinin ağrı inançlarının tıbbi tanı, ağrı yeri, ağrı şiddeti, yaş gibi diğer değişkenlerin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamız sonucunda hastaların ağrıyla başa çıkma ölçeği puan ortalamaları verilmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Literatürde hastaların tıbbi tanılarına yönelik ağrıyla başa çıkma ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçlarına ulaşılmıştır. Buna göre; Madenci ve arkadaşlarının çalışmasında kronik ağrılı hastaların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanı anlamlı iken, fibromiyalji sendromu olan hastaların çaresizlik puanları anlamlı fark bulunmuştur (Madenci vd., 2006). Ataoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da fibromiyalji hastalarının tıbbi çare arama ve çaresizlik; osteoartroz hastalarının ise kendi kendine başa çıkma ve tıbbi çare arama puanlarında anlamlı fark bulunmuştur (Ataoğlu vd., 1998). Çalışmamızda hastaların tıbbi tanıları ile kendi kendine başa çıkma, bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ve tıbbi çare arama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.1). Bu durum; ağrıyla başa çıkma durumunun hastaların tıbbi tanılarına göre değişiklik göstermesi ile açıklanabilir.

Buna göre kendi kendine başa çıkma (self-management) puanı bireyin olumsuz düşüncelerden uzaklaşması, egzersiz, iletişim becerileri, gevşeme eğitimi, ağrı ile ilgili eğitim vb. ile ilişkilidir (Ersek, Turner, Cain, & Kemp, 2008). Çaresizlik (helplessness) puanı; bireyin seçici soyutlama, aşırı genelleme, kişiselleştirme ile ilişkili bilişsel çarpıtmaları ile ilişkilidir (Kleinke, 1992). Ağrıyla etkin düzeyde baş etmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalarda felaketleştirme, felakete uğrama hissi olarak da tanımlanmaktadır (Ersek vd., 2008). Bilinçli bilişsel girişimler (conscious coping attempts) puanı; bilişsel yöntemler üzerinde durmakta ve ağrının dikkati başka yöne çekme, ağrıyı tekrar yorumlama, hayal kurma gibi zihinsel başa çıkma süreci ile ilişkilendirilmektedir (Karaca vd., 1996). Tıbbi çare arama (medical remedies) puanı ise; bireyin ağrı yönetiminde medikal tedavi ile başa çıkma süreci ile ilişkilidir (Kleinke, 1992).

Çalışmamız sonucunda çaresizlik puanı yüksek olan hastaların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma puanları düşmektedir (Bkz. Tablo 4.4.1). Yavuz ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında kronik gerilim tipi ve migren tipi baş ağrısı yaşayanlar ile sağlıklı gönüllülerin Ağrıyı Felaketleştirme Ölçeği ile değerlendirildiği çalışmada; gerilim ve migren tipi baş ağrısı grubunda "ruminasyon", "büyütme", "çaresizlik" alt ölçek puanlarının tümünde kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu durum, klinik belirtilerin olduğu bireylerde başa çıkma tutumlarında işlevsizlik olduğunu göstermiştir (Yavuz, Yavuz, Ulusoy, Alniak, & Güneş, 2013). Ağrıyla baş etmede

yetersizlik olarak belirtilen "çaresizlik" alt boyutu ve ağrıya ilişkin hoşnutsuzluğu ve olumsuz sonuç beklentisini ifade eden "büyütme" alt boyutu "kendi kendine başa çıkma" ve "çaresizlik" puanımızla; ağrıya ilişkili düşünceleri engelleme, dikkatini başka yöne vermede yetersizliği ifade eden "ruminasyon" alt boyutu ise "bilinçli bilişsel girişimler" puanımızla açıklanmaktadır. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak; ağrının yönetiminde çaresizlik hisseden bireylerin; ağrıya bireysel olarak baş etmede güçlük yaşamaları ve ağrı yönetiminde özellikle dikkatini başka yöne verme, olumlu düşünme gibi bilişsel-davranışsal stratejilerde başarısızlık yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Yine çalışmamızda kendi kendine başa çıkma puanı bilinçli bilişsel girişimler puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.1). Disjkstra ve arkadaşlarının (2001) kronik ağrı yaşayan fibromiyalji hastalarının kendi kendine başa çıkmalarında hazır oluşluk durumlarına bakıldığı çalışmada, hastaların kognitif-bilişsel terapilerin ağrıya kendi kendine başa çıkmada kullandığı, fakat hastaların bu terapilerin yararlı olduğuna inanması durumunda tercih ettiğine vurgu yapılmaktadır (Dijkstra, Vlaeyen, Rijnen, & Nielson, 2001). Blyth ve arkadaşlarının (2004) çalışmada ise bireylerin ağrıya başa çıkmada pasif stratejilerin (ilaç alma, dinlenme, sıcak uygulama vb.) daha çok tercih edildiği ve bilişsel stratejilerin ise çok az oranda tercih edildiği bulunmuştur (Blyth, March, Nicholas, & Cousins, 2005). Çalışmamız yukarıda belirtilen araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bireylerin kendi kendine baş etmelerinde özellikle bilişsel-davranışsal terapilerin ve aktif baş etme stratejilerin kullanılmasında bireylerin inançlarının ve eğitimin önemli olduğu ve ayrıca farkın buradan kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle hastaların uygun baş etme stratejileri ile ilgili eğitiminde ve yönlendirilmesinde hemşirelere sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmamızda ağrı inançları ile ağrıya başa çıkma ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.1). Sloan ve arkadaşlarının (2008) çalışmada organik inançları yüksek olan hastaların fiziksel fonksiyonlarında yetersizlik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle ağrıyı felaketeştirmenin organik inançları yüksek olan grupta anlamlı olduğu belirtilmiştir (Sloan vd., 2008). Çalışmamızda da benzer şekilde organik inançlar puanının yüksek olması kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanında düşmeye, bunun yanında çaresizlik puanında artmaya neden olduğu belirtilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.1). Bireylerin ağrının bedendeki bir hasar, yaralanma gibi organik kökenli olduğuna inancı ağrıya baş etme durumunu olumsuz yönde etkilemekte, birey kendini daha fazla çaresiz hissetmektedir. Bu durum organik inançların ağrının dış faktörlerle kontrol edildiği inancını doğurabileceği düşünülmektedir.

Cornally ve arkadaşlarının (2011) çalışmada geriatric bireylerde kronik ağrının sağlık arama davranışlarını inceleyen çalışmada bireylerin

organik inançlarının yüksek olduğu, organik inançların sağlık arama davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu durum; ağrının organik nedenli olduğuna inanan bireylerin yardım arama davranışı içerisinde olduğu ile ilişkilendirilmiştir (Cornally & McCarthy, 2011). Çalışma da ise organik inançların tıbbi çare arama ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülürken, anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.4.1). Bu durum; çalışmada 65 yaş altı bireylerin hedef grup olması ve bu yaş grubundaki bireylerin geriatrik bireye göre bağımsız olması dolayısıyla da bireysel başa çıkmanın tıbbi çare aramadan daha ön plana çıkmasıyla açıklanabilir.

Pons'un (2012) çalışmasında artritli bireylerin organik inançları ile fonksiyonel yetenekleri arasında önemli düzeyde ilişki bulunmuştur. Yüksek organik inançlara sahip olanlar, ağrı deneyiminin zarar verdiğine ve hastanın refahı için tehdit oluşturduğuna inanmakta dolayısıyla artritli hastalar kötü fonksiyonel yetenek sergilemektedir (Pons, 2012). Çalışma bulguları çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun özellikle kronik ağrının bilişsel duyuşsal faktörlerle ilişkili olduğu (ağrıya ilişkin negatif inançlar, düşük öz yeterlilik) açıklanmıştır. Organik ağrı inançlarının ağrının zarar verdiği ve ağrı kontrolünün mümkün olmadığı algısına yol açtığı, dolayısıyla çaresizlik tutumuna neden olduğu ile ilgili genel görüş vardır. Çeşitli çalışmalarda, çaresizlik tutumunun fonksiyonel kapasiteyi etkilediği, bu etkinin ağrının zarar verme, ağrı yönetimi ve iyileşme beklentisini negatif yönde etkilediği ile açıklanmıştır (Briggs vd., 2010; Jensen & Karoly, 1991).

Walsh ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da benzer şekilde kronik bel ağrısı yaşayan hastaların fiziksel algıları ile ağrı inançlarını değerlendiren çalışmasında, hastaların organik inanç puanlarının yüksek olduğu ve bu durumun fiziksel yetersizlik durumuyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Walsh & Radcliffe, 2002). Hastaların ağrının sadece organik kökenli olduğuna inancının değiştirilmesi ile fiziksel yetersizlikte iyileşme dolayısıyla kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma durumunda artış olacağı düşünülmektedir. Hastaların ağrı doğası ve tedavisi ile ilgili inançlarının bilişsel-davranışsal müdahalelere dayalı multidisipliner ağrı yönetimi programları ile değiştirilebileceği ifade edilmiştir (Walsh & Radcliffe, 2002). Multidisipliner ekibin üyesi olan hemşirelerin hastanın ağrısının yönetiminde, hastanın ağrıya ilişkin inancıyla bağlantılı olarak yaşayabileceği güçlükleri erken dönemde fark edebilmesi ve hastaya özellikle ağrı inançlarına uygun hemşirelik girişimi planlaması önemlidir. Baird ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da kronik bel ağrısı tanısı alan hastaların organik inançlarının yüksek, psikolojik inançlarının düşük olduğu ifade edilmiştir. Bu bulguların kronik ağrı şikayeti olan bireylerin "ağrı=yaralanma, acı"; "yaralanma arttıkça ağrı artıyor", "ağrının kontrolünde dış faktörler daha etkili" inancına sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada bireylerin ağrının kökeninin psikolojik faktörlerle daha az ilişkilendirildiği ve bu hastaların gevşeme-rahatlama gibi yöntemlerin yararına inanmadığı ile açıklanmıştır (Baird & Haslam, 2013). Psikolojik inançlar puanı düşük olan hastaların ağrı

kontrolünde non-farmakolojik olarak bilişsel-davranışsal yöntemlerden yararlanılmasının, başarı oranını düşürebileceği öngörülmektedir. Hemşireye ağrının yönetiminde bireye özgü yöntemin seçilmesinde önemli görevler düşmektedir. Çalışmamızda da psikolojik inançlar puanı kendi kendine başa çıkma puanı ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum; ağrının kökeninin psikolojik etkenlere bağlı olduğuna inananların bireysel yönetimlerinin daha güçlü olduğu ile açıklanabilir. Ayrıca ağrıya kendi kendine baş edebilen bireylerin, ağrı ve stres düzeylerinde azalma olduğu, daha fazla ağrı kontrolü yaşadıkları belirtilmiştir (Dijkstra vd., 2001). Aslında psikolojik inançlar bir yandan bireyin ağrıya kendi kendine baş etmesine katkı sağlarken, bir yandan da ağrıya baş edebilen bireylerin psikolojik durumlarında olumlu etkiler görülmektedir.

5.2- Yaş, Ağrı, Tedavi Süresi ve Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıya Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması

Literatürde yaş ve ağrı inançları ile ilişkili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Gagliese ve Melzack'ın (1997) yaş gruplarına göre hastaların ağrı inançları ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada, yaş gruplarına göre psikolojik ve organik inançlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Gagliese & Melzack, 1997). Ruzicka ve arkadaşlarının (2007) 65 yaş üstü kronik ağrı (non malign ağrı, terminal dönemde olmayan kanser ağrısı ve terminal dönem kanser ağrısı) şikayeti olan hastaların ağrı inançları karşılaştırılmıştır. Buna göre; terminal dönem kanser ağrısı yaşayanların organik inançlar puanı daha yüksek, iyileşme ihtimali olan kanser ağrısı yaşayanların ise psikolojik inançlar puanı daha yüksek bulunmuştur (Ruzicka vd., 2007). Ancak bu çalışmada hastalık öyküsü, tıbbi tanı gibi etkenlerden daha çok, yaş faktörünün daha etkin olduğunu söylemek mümkün değildir. Cornally ve McCarthy'nin (2011) yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanlarda ağrının kökeninin orta yaşa bağlı olması inancının yaygın olduğu, özellikle ağrının organik kökenli oluşuna inanan bireylerin yardım talep etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların ağrının kökeninin psikolojik inançlara bağlı olmasından daha çok yaşa bağlı olduğu inancının ön planda olduğu belirtilmiştir (Cornally & McCarthy, 2011). Ulus ve arkadaşlarının (2014) geriatric bireylerde ağrı inançlarının belirlenmesi ile ilişkili çalışmada, yaşlıların neredeyse yarısının "ağrı organın hasar görmesi sonucu oluşur" ve yarıdan fazlasının da "ağrı bir hastalığın işaretidir" cevabını verdiği belirlenmiştir (Ulus vd., 2014). Buna göre ağrının özellikle geriatric bireylerde yaşla ilişkilendirildiği, ayrıca ağrıya organik ve psikolojik inançların da eşlik ettiği söylenebilir. Çalışmamızda ise yaşla birlikte kişinin organik ve psikolojik inançlar puanında artış gözlenmiş, fakat yaş ile ağrı inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.5.1). Bireylerin yaşla birlikte ağrı deneyimlerinin ve ağrı ile ilgili bilgilerinin artmasının ağrı inançlar puanına etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın 65 yaş altındaki bireylerle sınırlı olmasından dolayı geriatrik bireylerin ağrı inançları değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara göre çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6.1). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kadınların erkeklere göre ağrı duyarlılığının yüksek, ağrı toleransının ve ağrıya bağlı özyeterliliğinin düşük olduğu belirtilmiştir (Jackson, Iezzi, Gunderson, Nagasaka, & Fritch, 2002). Ayrıca yapılan çalışmalarda kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla ağrı bildiriminde bulunduğu ve bu durumun kültürel beklentiler ile toplumsal sorumluluklar ve rollerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Miller & Newton, 2006). Yine Şahin'in çalışmasında kadınların ağrı bildirimlerinin daha fazla ve ağrı tedavisine daha yatkın olduğu belirtilmiştir (Ş. Şahin, 2004). Buna göre çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Bu durumun; özellikle ağrının yönetiminde kullanılacak olan non-farmakolojik yöntemlerin tercihinde cinsiyet değişkeninin de göz önünde bulundurulması açısından önemi bulunmaktadır. Nitekim; çalışmalarda da kadın hastaların tedavi aramaya ve özellikle bilişsel-davranışsal yöntemlere daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Rollnik vd., 2003).

Literatürde ağrı inançları ile eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, mesleği, evde beraber yaşanan kişiler, hastane dışında hastalığı ile destek olan kişileri ilişkilendiren çalışmalar sınırlıdır. Berk'in çalışmasında eğitim durumu yüksek ve bekar olan bireylerin ağrının kökeninin psikolojik inançlarla ilişkilendirildiği belirtilmiştir (Berk, 2006). Fakat ağrı inançlarını medeni durum, eğitim durumu gibi değişkenlerin etkilemediğini savunan çalışmalar da mevcuttur (Edwards vd., 1992; Gagliese & Melzack, 1997). Çalışmamızda da medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ile ağrı inançları arasında anlamlı ilişki görülmezken, sadece çalışma durumu ile psikolojik inançlar arasında anlamlı fark görülmüştür (Bkz. Tablo 4.6.1, Tablo 4.6.2). Bu durum; ağrı inançlarının çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterebildiği ve bu farklılığın daha çok kültürel faktörlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu yüzden ağrı inançları ile yukarıda söz edilen değişkenlerin yanında kültürel faktörlerle ilişkisinin değerlendirildiği farklı çalışmalara da ihtiyaç olduğu söylenebilir.

5.3-Hastalık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması

Çalışmamızda hastaların tıbbi tanıları ile ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.1). Literatürdeki çalışmalarla da bu sonuçlar desteklenmektedir (Ataoğlu vd., 1998; Madenci vd., 2006). Özellikle çalışmada migren ve nevralsi hastalarının kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanı kas-iskelet sistemi hastalık tanılı hastalara göre düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmada; nevralsi hastalarının ağrının kökeninin organik olduğuna

inanması da kendi kendine başa çıkmada yetersizlik durumunu desteklemektedir. Yavuz ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da benzer şekilde migren hastalarının çaresizlik durumlarının ve işlevsel olmayan ağrıyla başa çıkma tutumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum; özellikle bu tanıya sahip hastaların ağrı şiddetlerinin çok yüksek olması, depresyon riski taşımaları ve dolayısıyla ağrıyla baş etmede güçlük yaşamaları ile açıklanmıştır (Yavuz vd., 2013). Hastaların tıbbi tanılarının ve hastalık öyküsünün ağrı şiddetine, hastaların ağrı inançlarına ve ağrıyla başa çıkma durumlarına etki edebileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak; ağrının kapsamlı değerlendirilmesi sırasında bu durum dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda özellikle opioid ilaç kullananların ağrıyla başa çıkma ve ağrı inançları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.1). Cowan ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hastaların özellikle opioid grubu analjezikleri kullanmak istemedikleri ve bunun da ağrı yönetiminde engellere sebep olduğu belirtilmiştir. Bu durum; hastaların opioid ilaçların yan etkileri ile ilgili korkular, ilaca bağımlı olma düşüncesi ve opioid ilaçlar hakkında yetersiz bilgi sahibi olması ile açıklanmıştır (Cowan, Fitzpatrick, Roberts, While, & Baldwin, 2003). Çalışmamızda opioid kullananların ağrıyla baş etmede güçlükler yaşadığı ve özellikle organik inançlar puanının da yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum; opioid kullanan hastaların ilaç ile ilgili yetersiz ya da hatalı bilgi durumu ile açıklanabilir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar hakkında hastaya bilgi vermesinin ilaç uyumunu dolayısıyla ağrı yönetimini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Koch ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hastaların ağrı yönetimi konusunda deneme yanılma yöntemiyle ve önceki deneyimlerine göre karar verdikleri bulunmuştur (Koch, Jenkin, & Kralik, 2004). Hastaların ağrı yönetiminde önceki deneyimleri, kendi bilgileri, ağrının şiddeti gibi durumları değerlendirerek kendileri için uygun başa çıkma yöntemini tercih ettikleri bilinmektedir. Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların önceki ağrı deneyimleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.2). Fakat daha önce tedavi alma durumu ya da çevrede ağrı deneyimleyen kişilerin varlığı durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ross, Carswell, Hing, Hollingworth, & Dalziel, 2001). Ağrı yönetiminde yer alan ekibin hastanın ağrıyla ilgili kişisel deneyimini değerlendirerek ağrı yönetiminde önerilerde bulunması hastanın ağrıyla başa çıkmasını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.4- Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Tartışılması

Çalışmamızda ağrı bölgesine göre ağrıyla başa çıkma puanlarında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8.1). Özellikle baş-boyun bölgesinde ağrı şikayeti yaşayanların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanında anlamlı fark görülmüştür. Kandemirci'nin

(2010) çalışmasında da benzer şekilde özellikle migren hastalarının ışığa ve sese aşırı duyarlılığı sonucunda karanlık odada kalma istekleri çaresiz başa çıkma olarak değerlendirilmiştir (Kandemirci, 2010). Dolayısıyla hastaların ağrı bölgesinden ziyade ağrı yaşama nedenine bağlı olarak başa çıkma durumlarının ve ağrı inançlarının değişebildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda özellikle ağrı şiddeti arttıkça organik inançlar puanında da artış olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.8.1). Organik inançların çaresizlik puanı ile ilişkili olması bu durumu açıklamaktadır. Hastalar aynı zamanda ağrıyla başa çıkmada da güçlükler yaşamaktadır. Madenci ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da benzer şekilde hastaların ağrı şiddetlerinin oldukça yüksek ve başa çıkma durumlarının ise düşük olduğu belirtilmiştir (Madenci vd., 2006).

Ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların organik inançları düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8.2). Buna göre bu kişiler ağrının sadece bedendeki bir hasar, yaralanma sonucu oluşmasından ziyade, ağrı nedenini dışsal faktörlerle ilişkilendirildiği düşünülmektedir. Ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanların ise çaresizlik puanları anlamlı derecede yükselmiştir (Bkz. Tablo 4.8.2). Bu hastalar ağrıyla başa çıkmada kendilerini çaresiz hissetmekte ve ağrının kökeninin tanrıda olduğuna inanmaktadır. McCracken ve Eccleston çalışmasında da dua etme ve umut etmeye yönlendiren hastaların daha fazla ağrı, yetersizlik ve ağrıyla ilişkili anksiyete bildirdikleri görülmüştür (McCracken & Eccleston, 2003). Hastaların ağrı kontrolünde bireysel baş etme yerine, dış kontrol-odaklı olmaları ve bu durumun bireylerde çaresizlik hissi doğurması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Helmes ve Goburdhun'un (2007) çalışmasında Ağrı Kontrolüne Dair İnançlar Ölçeği kullanılarak; hastaların ağrıyla ilgili içsel kontrolü, dışsal kontrolü(doktor vb.) ve şans faktörleri tarafından kontrolü değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hastaların ağrıyla ilgili içsel kontrolleri arttıkça, çaresizlik durumlarının azaldığı, dışsal kontrolleri ve şans faktörleri tarafından kontrolü arttıkça ise çaresizlik durumlarının arttığı bulunmuştur (Helmes & Goburdhun, 2007). Kişilerin iç-kontrol odaklı olmaları ağrıyla baş etmede olumlu etki yaratacağı düşünülmektedir. Bu yüzden, hemşirelik girişimleri planlanırken; hastaların ağrı kontrolüne dair inançlarının da değerlendirilmesi, hastaların içsel kontrollerine odaklanmalarının sağlanması, bunun için bilişsel-davranışsal stratejiler gibi (gevşeme teknikleri, hipnoz, reiki vb.) çeşitli non-farmakolojik yöntemlerden yararlanılması önerilebilir.

6-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1- Sonuçlar

Algoloji hastalarının ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hastaların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p<0.001$, $r= -.388$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p<0.001$, $r= -.331$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p<0.001$, $r= .365$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır. Hastaların organik inançları ile tıbbi çare arama durumu ($p>0.05$, $r= .065$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastaların psikolojik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma puanı ($p<0.05$, $r= .162$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, çaresizlik ($p>0.05$, $r= -.025$), bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ($p>0.05$, $r= .128$) ve tıbbi çare arama puanı ($p>0.05$, $r= .017$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastaların organik inançları ile psikolojik inançları arasında pozitif yönde bir ilişki görülürken bu ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, $r= .058$) (Bkz. Tablo 4.4.1.).

Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi , evde beraber yaşadıkları kişiler, hastane dışında hastalığı ile ilgili destek durumları, ağrı deneyimi yaşama, geçirilmiş ağrı öyküsüne yönelik tedavi alma durumu ve çevrede ağrı yaşayan kişilerin varlığı ile organik ve psikolojik ağrı inançlar puanı arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), hastaların çalışma durumu ile psikolojik inançları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Bunun yanında; ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların organik inançlar puanı düşüktür ve anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Ayrıca opioid kullananların organik inançlar puanı kullanmayanlara göre daha yüksektir ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2- Öneriler

Çalışma sonucuna göre;

1. Ağrı yönetiminde bireyin ağrı inançları ile baş etme arasındaki ilişki düşünülerek; hemşirelik girişimlerinin planlanması,
2. Planlanan hemşirelik girişimleri ile ilgili hizmetçi eğitimlerin verilmesi,

- 3.** Organik inancı yüksek olan bireylerin çaresizlik durumunun yüksek olacağı düşünülerek, bireyin ağrı inançlarına yönelik rehberlik edilerek çaresizlik durumunun azaltılması ve kendi kendine başa çıkma durumunun arttırılması,
- 4.** Ağrı ile kendi kendine başa çıkan bireyin çaresizlik durumunun azaldığı düşünülerek, bireyin başetme yöntemlerinin değerlendirilip, uygun yöntemlerin desteklenmesi,
- 5.** Ağrı kontrolünün bireyde olduğuna inanma durumunun organik inançları etkilediği düşünülerek, bireyin iç-odaklı ağrı kontrolünün desteklenmesi
- 6.** Bireyin ağrı inançlarına etki edebileceği düşünülen farklı değişkenleri içeren kapsamlı araştırmaların yapılması,
- 7.** Ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların farklı grup hastalar üzerinde ve daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Andrasik, F., & Grazzi, L. (2014). Biofeedback and Behavioral Treatments: Filling Some Gaps. *Neurological Sciences, 35*(1), 121-127.
- Arslan, S., & Çelebioğlu, A. (2006). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. *International Journal of Human Sciences, 1*(1), 1-7.
- ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment, (2013). America. Erişim: American Chronic Pain Assosiation web page: <http://www.theacpa.org/Consumer-Guide>
- Ataoğlu, S., Ataoğlu, A., Özkan, M., Sır, A., Erdoğan, F., Nas, K., . . . Saraç, J. (1998). Fibromiyalji ve Osteoartrozlu Hastaların Ağrı ile Başa Çıkma Davranışları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 1*(1).
- Avşaroğulları, L. (2000). Acil Servis'te Analjezi ve Sedasyonda Son Gelişmeler. *Acil Tıp Dergisi Ekim 2000, III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı, 203-222*.
- Ay, F., & Aş, E. (2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı, 22*(1), 21-29.
- Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3*(2), 37-48.
- Aytaç, N. (2008). *Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Baird, A. J., & Haslam, R. A. (2013). Exploring Differences in Pain Beliefs Within and Between a Large Nonclinical (Workplace) Population and a Clinical (Chronic Low Back Pain) Population Using the Pain Beliefs Questionnaire. *Phys Ther, 93*(12), 1615-1624.
- Basler, M., Chaudhari, M., Dunbar, M., McGhie, J., Serpell, M., & Williams, L. (2011). *Handbook of Pain Management* M. Serpell (Ed.)
- Berk, H. Ö. (2006). *Kronik Ağrı Yaşantısı Ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması*. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Beytut, D., Muslu Karayağız, G., Başbakkal, Z., & Yılmaz Bal, H. (2009). Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 12-18.
- Blyth, F. M., March, L. M., Nicholas, M. K., & Cousins, M. J. (2005). Self-Management of Chronic Pain: A Population-Based Study. *Pain*, 113(3), 285-292.
- Briggs, A. M., Jordan, J. E., Buchbinder, R., Burnett, A. F., O'Sullivan, P. B., Chua, J. Y. Y., . . . Straker, L. M. (2010). Health Literacy And Beliefs Among A Community Cohort With And Without Chronic Low Back Pain. *Pain*, 150(2), 275-283.
- Cabioğlu, M. T. (2008). Akupunktur İle Ağrı Kontrolü ve Nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 93-98.
- Canadian Pain Society (CPS). (2005). Accreditation Pain Standard: Making It Happen!. Erişim: Canadian Pain Society web page: <http://www.canadianpainsociety.ca/en/index.html>
- Castellar, J. I., Fernandes, C. A., & Tosta, C. E. (2014). Beneficial Effects of Pranic Meditation on the Mental Health and Quality of Life of Breast Cancer Survivors. *Integrative cancer therapies*, 1-10. doi: 0.1177/1534735414534730
- Cheung, W. Y., & Zimmermann, C. (2011). *Pharmacologic Management of Cancer-Related Pain, Dyspnea, And Nausea*. Paper presented at the Seminars In Oncology.
- Chlan, L. L., Engeland, W. C., Anthony, A., & Guttormson, J. (2007). Influence of Music On The Stress Response In Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Pilot Study. *American Journal of Critical Care*, 16(2), 141-145.
- Collett, B., O'Mahoney, S., Schofield, P., Closs, S. J., & Potter, J. (2007). The Assessment of Pain In Older People The Lavenham Group Ltd, Suffolk: British Geriatrics Society , The British Pain Society AND Clinical Standards Department of the Royal College of Physicians. 7, 496-500.
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in The Community. *Pain Management Nursing*, 12(4), 206-217.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Cowan, D. T., Fitzpatrick, J. M., Roberts, J. D., While, A. E., & Baldwin, J. (2003). The Assessment And Management of Pain Among Older People In Care Homes: Current Status And Future Directions. *International journal of nursing studies*, 40(3), 291-298.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111.
- Çeliker, R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(Özel Ek B), B14-B18.
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J. W. S., Rijnen, H., & Nielson, W. (2001). Readiness To Adopt The Self-Management Approach To Cope With Chronic Pain In Fibromyalgic Patients. *Pain*, 90(1), 37-45.
- Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L., & Jones, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation of Beliefs In The Causes and Consequences of Pain. *Pain*, 51(3), 267-272.
- Eisenberg, E., Friction, J. R., Giamberardino, M. A., Goh, C. R., Jadad, A. R., Lipkowski, A. W., . . . Wittink, H. M. (2005). Time to Modify the WHO Analgesic Ladder? *IASP Pain Clinical updates*, XIII(5).
- Ellis, A. (1997). *Rational Emotive Behavior Therapy* C. Feltham (Ed.) *Which Psychotherapy?: Leading Exponents Explain Their Differences* (pp. 51-68).
- Engwall, M., & Duppils, G. S. (2009). Music As A Nursing Intervention For Postoperative Pain: A Systematic Review. *Journal of perianesthesia nursing*, 24(6), 370-383.
- Erdine, S. (2002). Ağrı Tedavisinde Girişimsel Yöntemler. *Ankem Dergisi*, 16(3), 182-184.
- Erdine, S. (2007). *Ağrı* . Erdine, S. (Ed.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erdine, S. (2012). *Algolojide Girişimsel Yöntemler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Erdine, S., Hamzaoğlu, O., Özkan, Ö., Balta, E., & Domaç, M. (2001). Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Prevalansı. *Ağrı*, 13(2), 22-30.
- Erdoğan, Z., & Çınar, S. (2011). Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı–Modern Hemşirelik Uygulaması. *Kafkas Journal of Medical Science*, 1(2), 86-91.
- Ersan, A. (2012). (Algoloji Hemşireliği Y. Bilge & İ. E. Geçim (Eds.), *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları* (pp. 54-56).
- Ersek, M., Turner, J. A., Cain, K. C., & Kemp, C. A. (2008). Results of A Randomized Controlled Trial To Examine The Efficacy of A Chronic Pain Self-Management Group For Older Adults. *Pain*, 138(1), 29-40.
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Eti Aslan, F. (2011). Ağrı. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*.(pp. 145-161) Karadakovan A. & Eti Aslan F. (Eds.) . Adana: Nobel Kitabevi.
- Eti Aslan, F. (2012). Kronik Ağrı ve Bakım. *Kronik Hastalıklarda Bakım* (pp. 201-217). Durna Z. (Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Eti Aslan, F., & Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17(2), 44-51.
- Gagliese, L., & Melzack, R. (1997). Lack of Evidence For Age Differences In Pain Beliefs. *Pain Research and Management*, 2(1), 19-28.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2007). Somatik Duyular: II. Ağrı, Başağrısı ve Termal Duyular *Tıbbi Fizyoloji* (11, pp. 598-602): Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gül, A., & Eti Aslan, F. (2012). Ağrı Kontrolüne Kanıt Temelli Yaklaşım; Masaj ve Aromaterapi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 4(1), 30-36.
- Güldoğuş, F. (2007). Epidural Steroid Uygulamaları. *Klinik Gelişim*, 20(3), 171-175.
- Helmes, E., & Goburdhun, A. (2007). Cognitions Related To Chronic Pain: Revision And Extension of The Cognitive Evaluation Questionnaire. *The Clinical journal of pain*, 23(1), 53-61.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- İzveren, A. Ö., & Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
- Jackson, T., Iezzi, T., Gunderson, J., Nagasaka, T., & Fritch, A. (2002). Gender Differences In Pain Perception: The Mediating Role of Self-Efficacy Beliefs. *Sex Roles*, 47(11-12), 561-568.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping Efforts and Adjustment To Chronic Pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(3), 431.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 655.
- Jho, H. J., Myung, S. K., Chang, Y. J., Kim, D. H., & Ko, D. H. (2013). Efficacy of Pain Education In Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(7), 1963-1971.
- Johannes, C. B., Le, T. K., Zhou, X., Johnston, J. A., & Dworkin, R. H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *The Journal of Pain*, 11(11), 1230-1239.
- Kandemirci, D. (2010). *Kadınlarda Baş Ağrısını Tetikleyen Günlük Stres Faktörleri, Ağrıyı Değerlendirme Biçimi ve Baş Etme Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Karaca, S., Demir, O., Aşkın, R., & Şimşek, İ. (1996). *Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği*. 5. Türk-Alman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi, Antalya.
- Karaman, H., & Kavak, G. Ö. (2010). Ağrı Kliniğimizin Bir Yıllık Olgu Analizi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 3(1), 17-22.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Karayurt, Ö., Gürbüz, H., Bilik, Ö., Vural, F., Fırat, F., & Ordin, Y. S. (2014). Kronik Ağrılı Hastaların Tens Uygulaması Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Hemşirelerden Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi*, 7(1), 26-32.
- Kennedy Nkhoma, J. S., & Arthur, A. (2013). An Educational Intervention To Reduce Pain And Improve Pain Management For Malawian People Living With Hiv/Aids And Their Family Carers: Study Protocol For A Randomised Controlled Trial. *Trials*, 14, 216.
- Kılıç, M., & Öztunç, G. (2012). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 35-51.
- Kleinke, C. L. (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 16(6), 669-685.
- Kocaman, G. (1994). *Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları* (1 ed.). İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
- Koch, T., Jenkin, P., & Kralik, D. (2004). Chronic Illness Self-Management: Locating The 'Self'. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 484-492.
- Koç, F. (2010). Ağrı ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 3(4), 62.
- Korhan, E. A., Uyar, M., Eyigör, C., Hakverdioğlu Yönt, G., Çelik, S., & Khorshid, L. (2013). The Effects of Music Therapy on Pain in Patients with Neuropathic Pain. *Pain Management Nursing*, 1-9.
- Korkan, E. A., & Uyar, M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-14.
- Krout, R. E. (2007). Music Listening to Facilitate Relaxation and Promote Wellness: Integrated Aspects of Our Neurophysiological Responses to Music. *The arts in Psychotherapy*, 34(2), 134-141.
- Kurt, S., & Can, G. (2013). Refleksoloji ve Kullanım Alanları. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, 3, 54-55.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kuru, T., Yeldan, İ., Zengin, A., Kostanoğlu, A., Tekeoğlu, A., Akbaba Yıldız, A., & Tarakçı, D. (2011). Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı. *Ağrı Dergisi*, 23(1), 22-27.
- Kutlutürkan, S., & Bedük, T. (2010). Ağrı. In G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım* (pp. 221-229). 2010 İstanbul Konsensusu: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Larner, D. (2013). Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*, 1-11.
- Madenci, E., Herken, H., Yağız, E., Keven, S., & Gürsoy, S. (2006). Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 52(1), 19-21.
- Marzouk, T. M. F., El-Nemer, A. M. R., & Baraka, H. N. (2013). The Effect of Aromatherapy Abdominal Massage on Alleviating Menstrual Pain in Nursing Students: A Prospective Randomized Cross-Over Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 6.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or Acceptance: What To Do About Chronic Pain? *Pain*, 105(1), 197-204.
- Meldrum, M. L. (2003). A Capsule History of Pain Management. *JAMA*, 290(18), 2470-2475.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1986). Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes And Definition of Pain Terms. Retrieved 26.06.14, from <http://www.iasp-pain.org/>
- Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain Perception and Expression: The Influence of Gender, Personal Self-efficacy, and Lifespan Socialization. *Pain Management Nursing*, 7(4), 148-152.
- Mist, S. D., Firestone, K. A., & Jones, K. D. (2013). Complementary And Alternative Exercise For Fibromyalgia: A Meta-Analysis. *Journal of pain research*, 6, 247.
- Onieva-Zafra, M. D., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., & Moreno-Lorenzo, C. (2013). Effect of Music As Nursing Intervention For People Diagnosed With Fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 14(2), e39-e46.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Özyalçın, S. (2007a). Kronik Ağrıda Radyofrekans Termokoagülasyon Uygulamaları. *Klinik Gelişim*, 20(3), 183-194.
- Özyalçın, S. (2007b). Yaşlılarda Ağrı. In S. Erdine (Ed.), *Ağrı* (pp. 436-449). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Peker Salt, D. (2007). *Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı İle İlişkisi*. (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.
- Pons, T. (2012). *The Relationship Between Beliefs About Pain and Functional Ability with Arthritic Conditions*. (Master Degree), University of Otago, University of Otago.
- Poole, H., Glenn, S., & Murphy, P. (2012). A Randomised Controlled Study of Reflexology For The Management of Chronic Low Back Pain. *European Journal of Pain*, 11(8), 878-887.
- Rainville, J., Ahern, D. K., & Phalen, L. (1993). Altering beliefs about pain and impairment in a functionally oriented treatment program for chronic low back pain. *The Clinical journal of pain*, 9(3), 196-201.
- Raju, J., & Singh, M. (2013). Effectiveness of Biofeedback As A Tool To Reduce The Perception of Labour Pain Among Primigravidas: Pilot Study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 52-55.
- Rivard, R., Crespin, D., Finch, M., Johnson, J., & Dusek, J. (2014). Effectiveness of Therapeutic Massage in Conjunction with Aromatherapy for Pain and Anxiety Relief of Hospitalized Patients. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(5), A125-A125.
- Rollnik, J. D., Karst, M., Piepenbrock, S., Gehrke, A., Dengler, R., & Fink, M. (2003). Gender Differences In Coping With Tension-Type Headaches. *European neurology*, 50(2), 73-77.
- Ross, M. M., Carswell, A., Hing, M., Hollingworth, G., & Dalziel, W. B. (2001). Seniors' Decision Making About Pain Management. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 442-451.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ruzicka, S., Sanchez-Reilly, S., & Gerety, M. (2007). Holistic Assessment of Chronic Pain Among Elders. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(4), 291-299.
- Sağkal, T., Eşer, İ., & Uyar, M. (2013). The Effect of Reiki Touch Therapy On Pain And Anxiety. *Spatula DD-Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery*, 3(4), 141-146.
- Sharp, D. M., Walker, M. B., Chaturvedi, A., Upadhyay, S., Hamid, A., Walker, A. A., . . . Hebblewhite, C. (2010). A Randomised, Controlled Trial Of The Psychological Effects Of Reflexology In Early Breast Cancer. *European Journal of Cancer*, 46(2), 312-322.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic Pain: a Reformulation of The Cognitive-Behavioural Model. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 787-800.
- Sherman, K. J., Cook, A. J., Wellman, R. D., Hawkes, R. J., Kahn, J. R., Deyo, R. A., & Cherkin, D. C. (2014). Five-Week Outcomes From a Dosing Trial of Therapeutic Massage for Chronic Neck Pain. *The Annals of Family Medicine*, 12(2), 112-120.
- Slater, H., Briggs, A. M., Watkins, K., Chua, J., & Smith, A. J. (2013). Translating Evidence For Low Back Pain Management Into A Consumer-Focussed Resource For Use In Community Pharmacies: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *PLoS One*, 8(8), 1-13.
- Sloan, T. J., Gupta, R., Zhang, W., & Walsh, D. A. (2008). Beliefs About The Causes And Consequences of Pain In Patients With Chronic Inflammatory or Noninflammatory Low Back Pain And In Pain-Free Individuals. *Spine*, 33(9), 966-972.
- Soykan, A., & Kumbasar, H. (1999). Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 2, 109-116.
- Şahin, F., & Yilmaz, A. U. (2012). Akupunktur. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 5(1), 33-38.
- Şahin, Ş. (2004). Ağrı ve Cinsiyet. *Ağrı*, 16(2), 17-25.
- Tan, G., Rintala, D. H., Jensen, M. P., Fukui, T., Smith, D., & Williams, W. (2014). A Randomized Controlled Trial of Hypnosis Compared With Biofeedback For Adults With Chronic Low Back Pain. *European Journal of Pain*. doi: 10.1002/ejp.545

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Thrane, S., & Cohen, S. M. (2014). Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In-Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 1-12. doi: 10.1016/j.pmn.2013.07.008
- Topçu, S. Y. (2008). *Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Turk, D. C. (1999). The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 885-888.
- Turk, D. C. (2003). Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(6), 573-579.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors In Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678.
- Türk Dil Kurumu. Erişim: <http://www.tdk.gov.tr/>
- Uğurlu, A. G. (2002). *Cerrahi Girişim Deneyimi Olan ve Olmayan Erişkin Bireylerin Geleneksel Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ulus, B., İrban, A., Bakirci, N., Yılmaz, E., Uslu, Y., Yücel, N., & Eti Aslan, F. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Özellikleri, Ağrı İnançları ve Depresyon Riskinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(2), 180-187.
- Unruh, A. M. (1996). Gender Variations In Clinical Pain Experience. *Pain*, 65(2), 123-167.
- Uzunoğlu, S., & Çiçin, İ. (2011). Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım. *Klinik Gelişim*, 24, 14-20.
- Ünde Ayvat, P., Aydın, O. N., & Ogurlu, M. (2011). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Ağrı Prevalansı. *Ağrı*, 23(1), 28-39. doi: 10.5505/agri.2011.18480

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Villarruel, A. M. (1995). Mexican–American Cultural Meanings, Expressions, Self-Care and Dependent-Care Actions Associated With Experiences of Pain. *Research in nursing & health*, 18(5), 427-436.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring The Relationship Between Spirituality, Coping and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 311-318.
- Wagner, J. L., & Thompson, S. (2014). Integrative Nursing. In M. J. Kreitzer & M. Koithan (Eds.), *Integrative Nursing Management of Pain* (pp. 286-300). Oxford University Press: Oxford University Press.
- Walsh, D. A., & Radcliffe, J. C. (2002). Pain Beliefs and Perceived Physical Disability of Patients With Chronic Low Back Pain. *Pain*, 97(1), 23-31.
- Wang, H. L., & Keck, J. F. (2004). Foot and Hand Massage As An Intervention For Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 5(2), 59-65.
- Watkins, A. A., Johnson, T. V., Shrewsbury, A. B., Nourparvar, P., Madni, T., Watkins, C. J., . . . Staley, C. A. (2014). Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain and Narcotic Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American College of Surgeons*. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.057
- WHO, (1986). World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva. Erişim: World Health Organization webpage:<http://www.who.int/en/>
- Yavuz, K. F., Yavuz, N., Ulusoy, S., Alniak, İ., & Güneş, H. N. G. (2013). Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılarına Eşlik Eden Islevsel Olmayan Bilişsel İçerikler Ve Tutumlar. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 12-21.
- Yeh, C. H., Chien, L. C., & Suen, L. K. P. (2014). Application of Auricular Therapy for Cancer-related Pain in Nursing Care. *J Pain Relief*, 3(139). doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2167-0846.1000139>
- Yıldırım Kuzeyli, Y. (2006). *Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi, Plazma Beta-Endorfin Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yılmaz, A., & Ergin, S. (2006). Ağrı: Periferal ve Santral Sensitizasyon.
Romatizma Dergisi, 21(3), 105-110.

Ekler Dizini

Ek-1- Güç Analizi

EK-1

One Correlation Power Analysis

Page/Date/Time 1 22.10.2013 13:38:27

Numeric Results when Ha: R0<>R1

Power	N	Alpha	Beta	R0	R1
0,80018	782	0,05000	0,19982	0,00000	0,10000
0,80008	193	0,05000	0,19992	0,00000	0,20000
0,80034	84	0,05000	0,19966	0,00000	0,30000
0,80225	46	0,05000	0,19775	0,00000	0,40000
0,81394	29	0,05000	0,18606	0,00000	0,50000
0,81402	19	0,05000	0,18598	0,00000	0,60000
0,81695	13	0,05000	0,18305	0,00000	0,70000
0,82016	9	0,05000	0,17984	0,00000	0,80000
0,81582	6	0,05000	0,18418	0,00000	0,90000

References

Graybill, Franklin. 1961. An Introduction to Linear Statistical Models. McGraw-Hill. New York, New York.
Guenther, William C. 1977. 'Desk Calculation of Probabilities for the Distribution of the Sample Correlation Coefficient', The American Statistician, Volume 31, Number 1, pages 45-48.
Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis. Second Edition. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Report Definitions

Power is the probability of rejecting a false null hypothesis. It should be close to one.
N is the size of the sample drawn from the population. To conserve resources, it should be small.
Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.
Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.
R0 is the value of the population correlation under the null hypothesis.
R1 is the value of the population correlation under the alternative hypothesis.

Summary Statements

A sample size of 782 achieves 80% power to detect a difference of -0,10000 between the null hypothesis correlation of 0,00000 and the alternative hypothesis correlation of 0,10000 using a two-sided hypothesis test with a significance level of 0,05000.

Ek-2- Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER VERİ FORMU

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar
4. Eğitim Durumu: a) Okur-yazar değil b) Sadece okur-yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Yükseköğretim ve üstü
5. Mesleği: a) Ev Hanımı b) Esnaf c) İşçi d) Memur e) Emekli f) İşsiz g) Diğer (.....)
6. Sosyal Güvence: a) Var b) Yok
7. Gelir Düzeyi: a) Gelirim giderimi karşılıyor b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden az
8. Evde beraber yaşanan kişiler: a) Yalnız b) Eş,çocuk c) Ebeveyn d) Diğer (.....)
9. Size hastane dışında hastalığınız ile ilgili destek olan kişiler kimlerdir?
a) Aile (anne,baba, eş, kardeş,çocuk..) b) Arkadaş,komşu.. c) Diğer (.....)
10. Tıbbi Tanı:
11. Sürekli kullanılan ilaçlar: a) NSAİD b) Zayıf opioidler c) Kuvvetli opioidler
d) Antidepresanlar e) Anksiyolitikler f) Kas gevşeticiler g) İmmüsupresifler h) Diğer (.....)
12. Yatış tanınızı almadan önce, başka nedenlerle ağrı yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır (Cevabınız hayır ise 14. Soruya geçiniz.)
13. Yaşadığınız bu ağrıya yönelik herhangi bir tedavi uygulandı mı? a) Evet b) Hayır
14. Çevrenizde ağrı deneyimleyen kişiler var mı? a) Evet b) Hayır
15. Ne kadar süredir ağrı şikayeti yaşıyorsunuz?gün
16. Genelde nereniz ağrır?
a) Baş-Boyun b) Sırt-Bel c) Kol-omuz d) Bacak-Diz e) Diğer (.....)
17. Genellikle yaşadığınız ağrınızın şiddeti nedir?
a) Hafif b) Orta c) Şiddetli d) Çok Şiddetli e) Dayanılmaz
18. Varolan ağrılarınıza yönelik uygulanan tedavi yöntemi nedir?
a) Cerrahi girişim(.....) b) İlaç tedavisi(.....)

19. Ne kadar zamandır ağrınıza yönelik tedavi görüyorsunuz?gün
20. Ağrınıza yönelik uygulanan tedavi/bakım yönetiminden memnun musunuz?
a) Evet b) Hayır
21. Size göre ağrınızın kontrolü kimdedir ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
a) Bende b) Hemşirede c) Doktorda d) Tanrıda e) Diğer (.....)
22. Ağrınızın yönetimine yardımcı olan diğer kişiler kimlerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
a) Doktor b) Hemşire c) Aile d) Arkadaş,komşu.. e) Diğer (.....)
23. Ağrı ile ilgili bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır
24. Bilgi kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
a) Hemşire b) Doktor c) Diğer sağlık personeli d) Basın-yayın araçları e) Komşu,arkadaş vb.
g) Diğer (.....)
25. Sizce aldığımız bilgi yeterli miydi?
a) Evet b) Hayır

Ek-3- Ağrı İnançları Ölçeği

AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz:

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

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

1. Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

2. Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

3. Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

4. Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

5. Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

6. Rahatken ağrıya baş etmek daha kolaydır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

7. Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

8. Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

9. Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

10. Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

11. Ağrı bir hastalığın işaretidir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

12. Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ek-4- Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği

AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

İnsanlar yaşamlarında bazı rahatsızlıklarla karşılaşılır. Biz insanların rahatsızlıklar karşısında nasıl davrandığını öğrenmek ve kendilerine bu konuda yardımcı olmak istiyoruz. Siz ağrınız olduğunda neler düşünür, hangi duyguları yaşar ve nasıl davranırsınız? Size en uygun cevabı işaretleyiniz.

Ağrım olduğunda

1. Yatağımda uzanırım yada uyurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
2. Arkadaşlarım, ailem ya da eşimle konuşurum, telefonda birisiyle konuşurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
3. İşime veya ev işine dikkatimi veririm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
4. Germe yada esneklik sağlayıcı hareketler yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
5. Sıcak bir duş alırım yada banyo yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
6. Yürüyüşe çıkarırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
7. Hoşlandığım bazı şeyleri yaparım.(Özel zevkler)
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
8. Başkaları ile birlikte olmaya çalışırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
9. Ağrımın olmadığını hayal ederim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
10. Sakinleştirici ilaç alırım (diazem, librium v.b.).
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
11. Ben-Gay, Naprosyn gibi bir ağrı merhemi kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
12. Kendi başıma, yalnız kalırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
13. Isıtıcı yada soğutucu torba (termofor, havlu) kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık

14. Ağrının bana verdiği ızdıraba dikkat kesilirim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
15. Derin nefes alıp vererek gevşemeye çalışırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
16. Magazin dergisi, gazete veya kitap okurum.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
17. Olumlu özelliklerim üzerinde düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
18. Askı veya bileklik gibi destek kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
19. (Doktor reçetesi ile) uyuşturucu ağrı kesiciler (morfin, kodein) alırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
20. Televizyon izlerim veya radyo dinlerim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
21. Ağrıyan kısmımı yükseğe kaldırırım veya destek olarak yastık kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
22. Başka şeyleri düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
23. Rahatlatıcı müzik dinlerim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
24. Ağrılarım ne kadar şiddetli diye düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
25. Ağrıya daha fazla dayanamayacağımı düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
26. Başkalarından yardım ve destek isterim.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
27. Hoşlandığım bir şeyler yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
28. Kendimi kötü hissederim ve ağlarım.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık
29. Benden daha kötü durumdaki insanları düşünürüm.
a) Hiçbir zaman b) Çok az c) Arada sırada d) Sık sık

Ek-5- Etik Kurul Karar Formu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

KARAR FORMU

Karar Tarihi: 21 Nisan 2014

Karar Sayısı: 06

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN (Tez Danışmanı) ve Arş.Gör.Burcu BABADAĞ (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen “*Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki*” başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.

ASLI GİBİDİR

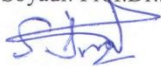
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<i>Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki</i>
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Eskişehir
	TELEFON	0 222 239 29 79 – Dahili: 4690
	FAKS	0 222 239 37 72
	E-POSTA	etikkurul@ogu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Yüksek Lisans Tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Selma METİNTAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<i>Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki</i>
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.10.2013	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.10.2013	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	1- One Correlation Powera Analysis 2- Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu 3- Ağrı İnançları Ölçeği 4- Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği 5- İyi Klinik Uygulamalar Taahhütname (İmzalı) 6- Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (İmzalı) 7- Literatürler 8- Özgeçmiş Formları				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06	Tarih: 21.04.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Selma METİNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Selma METİNTAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. J. Metintas</i>
Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Arş.Gör.Dr.Nilüfer DEMİRSOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y. Akgun</i>
Prof.Dr.Özkan ALATAŞ	Tıbbi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>O. Alatas</i>
Prof.Dr.Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Selma METİNTAŞ
İmza: *S. J. Metintas*

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<i>Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki</i>
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

Prof.Dr.Özcan BÖR	Çocuk Sağ. ve Hast.	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bülent GÖRENEK	Kardiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Birgül YELKEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Dr.Ecz.Gökçen YAZ GÜZEY	Farmakolog	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr.Ahmet Haluk ATALAY	Hukuk	Anadolu Üniv. Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Başmüfettiş Mustafa TEZEL	Maliye	TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Müdür Yard. Varol Ümit ULUDAĞ	İşletme	KYK Eskişehir Yurdu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Selma METİNTAŞ
İmza:

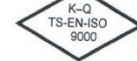
[Signature]

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

Ek-6- Hastane İzin Formu



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



TS-EN-ISO 9000
KALİTE SİSTEM BELGESİ

SAYI : 31568761 – 804.01- 1451 . 2521
KONU : Anket İzni Hk.

ESKİŞEHİR

14 MAYIS 2014

ANESTEZİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Üniversitemiz Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Doç.Dr. Güler BALCI ALPARSLAN (Tez Danışmanı) ve Araş. Gör. Burcu BABADAĞ'ın (Yüksek Lisans Tez Sahibi) "Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının uygulamasını hastanemiz Algoloji Servisinde uygulanabilmesi için gerekli iznin verilmesi ile ilgili 08/05/2014 tarihli dilekçesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Konu hakkındaki görüşlerinizin Başhekimliğimize bildirilmesi hususunda;
Gereğini arz ve rica ederim.

Doç. Dr. Marım OZDEMİR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

13/05/2014 Memur A.BENLİ

13/05/2014 Yazı İşl.Müd.S.CANPAS

13/05/2014 Başmüdür M.SARIBARDAK

Eki :

- 1-Yazı Fotokopisi
- 2-Anket Formu
- 3-Etik Kurul İzin Belgesi

Ek-7- Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın, “Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki” başlıklı bilimsel bir araştırma olup, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Algoloji Servisi’nde Araştırma Görevlisi Burcu BABADAĞ tarafından yürütülmesi planlanmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Ağrı, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın ve giderek artan bir sağlık problemidir. Yaşam süresince pek çok nedenle ve oldukça sık görülen ağrının; kişi tarafından ifade edilişi, yaş, cinsiyet, duygusal durum, yaşanan ağrı deneyimi, etnik ve kültürel farklılıklar, ağrı davranışı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ayrıca; tüm bu faktörlerle ilişkili olan ağrı inançları da bireyin ağrıyla baş etmesi üzerinde etkilidir. Özellikle uzun süreli ağrı şikayeti yaşayan bireylerin ağrıyla başa çıkma durumları değişiklik göstermektedir. Yaşanılan ağrı şikayeti bireyler için sıkıntı oluşturmakta ve hasta ile primer olarak ilgilenen hemşire, hekim ve diğer ilgili sağlık personelinde oluşan bir ekip çalışmasıyla rahatsızlığın giderilmesi hedeflenmektedir. Primer bakımın kilit grubu olan hemşireler bu ekip içerisinde ağrılı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözleme ve değerlendirme imkanına sahiptir. Bu nedenle ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir. Araştırmamız; Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmadaki Tedaviler, İzlenecek Yol, Uygulanacak Yöntemler ve Ücret Ödenmesi

Çalışma süresince araştırmaya katılan bireylere herhangi bir tıbbi işlem uygulanmayacaktır. Araştırmacı tarafından; araştırmanın amacı açıklanarak hasta onamları alınacak ve anketler ortalama 30-35 dk yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır.

Gönüllünün Sorumlulukları

Araştırmaya katılan bireylerin anket sorularına doğru yanıt vermesi gönüllünün sorumluluğundadır.

Araştırmanın Beklenen Yararları, Olası Riskleri

Bireyin ağrı inançlarının ve ağrı ile baş etme durumunun ve ilişkisinin bilinmesi multidisipliner ağrı yönetimine katkı sağlayabileceği gibi hemşirenin hastaya vereceği bakımın

planlanmasını ve kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır. Araştırmanın kişinin sağlığına klinik olarak herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın Yapılacağı ve Devam Ettirileceği Şartlar

Araştırma anket, ölçek uygulama yoluyla devam edecektir. Araştırma sırasında sizinle ilgili herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak ve çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0505 687 61 12 numaralı telefondan Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Burcu BABADAĞ'a ulaşabilirsiniz.

Araştırmadan Çekilme Hakkı

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilebilirsiniz. Bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma grubuna dahil edilmeme kriterlerine(18-65 yaş arasında olmama, malign ağrı şikayeti yaşama, psikiyatrik hastalık tanısı alma, kullanılan ilaca ya da var olan hastalıklara bağlı bilinç bozukluğu olma, iletişim problemi olma) sahip olmanız gibi durumlarda araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabiliyorsunuz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Özgeçmiş

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Burcu BABADAĞ
Doğum tarihi ve yeri : 29.12.1987 / Eskişehir
Uyruğu : T.C.
İletişim adresleri : burcubabadag1@gmail.com

Eğitim Durumu

1994-2002 : Mualla Zeyrek ilköğretim Okulu
2002-2007 : İstanbul Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi / Hemşirelik Bölümü (Okul 3.sü)
2007-2012 : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Bölüm 2.si)
2012-2014: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

İngilizce Okuma-Yazma-Konuşma: İyi Düzeyde
Almanca Okuma-Yazma-Konuşma: Temel Düzeyde

Mesleki Deneyim :

01.07.2011-30.09.2011: Hannover Medical School, Hannover, Stajyer Öğrenci
19.10.2012.- Halen : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Araştırma Görevlisi

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:

Yayımlar :

Karakuş Z, **Babadağ B**, Abay H, Akyar İ, Çelik Şenol S. Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey. International Journal of Caring Sciences, 2013;6(2):201-207
Karakuş Z, **Babadağ B**, Abay H, Akyar İ, Çelik Şenol S. Hemşirelerin Transkültürel Hemşirelik İle İlgili Görüşleri . 10. Ulusal Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-**Sözel Bildiri**.2011. Gaziantep.
Karakuş Z, **Babadağ B**, Özer Canlı Z. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Yaşanan Gelişmeler ve Telesağlık. 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi . Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı. **Sözel Bildiri**. 2013. Kuşadası
Babadağ B, Çulha İ, Köşgeroğlu N. Bir Sağlık Yüksekokulu'nda Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlık Alanında Karşılaştığı Sorunların Belirlenmesi. 2. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi. Bildiri Kitapçığı. **Sözel Bildiri**. 2013. Antalya
Babadağ B, Balcı Alparslan G. Yaşlandım, Ağrım Var !. 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı. **Poster Bildiri**. 2013

Babadağ B, Çulha İ, Köşgeroğlu N. Bir Sağlık Yüksekokulu'nda Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlık Alanında Karşılaştığı Sorunların Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1):622-631

Bilimsel Etkinlikler

Kurslar ve Eğitim Programları :

International Council of Nurses Continuing Education Certificate. 5th International Nursing Management Conference. 2011.

Erasmus Ders Verme Hareketliliği / Constantin Brancusi University of Targu-Jiu, Romania, Faculty of Medical and Behavioral Sciences. 2013

Geriatik Hematolojik Onkoloji Hemşireliği Kursu. 2. Ulusal Geriatrik Hematoloji Kongresi. 2013

İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu. 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi. 2013