

**ACİL SERVİS HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI VE DENEYİMİNİN
ALGILANAN HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA
MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Şerife İNCE

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zeliha CENGİZ
Ortak Tez Danışmanı
Öğr. Gör. Dr. Uğur ÖNER**

Yüksek Lisans Tezi-2025

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİS HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI VE DENEYİMİNİN
ALGILANAN HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Şerife İNCE

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zeliha CENGİZ
Ortak Tez Danışmanı
Öğr. Gör. Dr. Uğur ÖNER**

**Tez Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Zeliha CENGİZ
Dr. Öğr. Üyesi İpek KÖSE TOSUNÖZ
Dr. Öğr. Üyesi Hatice OLTULUOĞLU**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Zeliha CENGİZ danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Acil Servis Hastalarının Ağrı İnançları Ve Deneyiminin Algılanan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 22/12/2025

Şerife İNCE

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ağrının Tanımı	4
2.2. Ağrı Terminolojisi ve Kavramları	4
2.3. Ağrının Fizyolojisi	5
2.4. Ağrı Sınıflaması	6
2.5. Ağrı Teorileri	8
2.5.1. Kapı Kontrol Teorisi	8
2.5.2. Endorfin Teorisi	9
2.6. Ağrı Algısını Etkileyen Etmenler	9
2.7. Ağrının Değerlendirilmesi.....	11
2.7.1. Tek Boyutlu Ölçekler	11
2.7.2. Çok Boyutlu Ölçekler	12
2.8. Ağrı Yönetimi.....	12
2.9. Acil Servis ve Acil Serviste Ağrı Yönetimi.....	16
2.9.1. Acil Servis	16
2.9.2. Acil Serviste Ağrı Yönetimi	16
2.10. Hemşirelik Bakımı ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet.....	16
2.10.1. Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Bakımı	16
2.10.2. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	17
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	18
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	19

3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-5)	19
3.4.2. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ) (Ek-6)	19
3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) (Ek-7)	19
3.4.4. Kısa Ağrı Envanteri (KAE) (Ek-8)	20
3.4.5. Ağrı İnançları Ölçeği (Ek-9)	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu (EK-2)	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR.....	50
EKLER.....	67
EK-1. Özgeçmiş	67
EK-2. Etik Kurul Onayı	68
EK-3. Kurum İzni	69
EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu	70
EK-5. Hasta Tanıtım Formu	71
EK-6. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği	72
EK-7. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)	73
EK-8. Kısa Ağrı Envanteri	74
EK-9. Ağrı İnançları Ölçeği	76
EK-10. Ölçek İzinleri.....	77
EK-11. İkinci Danışman Atama İzni	79
EK-12. Etik Kurul Tez Başlığı Değişikliği İzni	80

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ilk gününden itibaren potansiyelimi keşfettiren, her zaman daha iyisini yapabileceğimi hissettiren, cesaret ve güç veren, ilerlememi gönülden isteyen ve her daim yanımda duran biricik danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha CENGİZ'e,

Ne zaman aklımda soru işareti oluşsa anında ulaşabileceğim, her zaman bilgisi ve tecrübesiyle bana yol gösteren ikinci danışmanım Sayın Öğr. Gör. Dr. Uğur ÖNER'e

Tezime, yapıcı eleştirileri ve kıymetli değerlendirmeleriyle çalışmamın bilimsel niteliğinin gelişmesine katkı sağlayan jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi İpek Köse Tosunöz'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Oltuluoğlu'na

Tez çalışmamda acil servis oryantasyonuma yardımcı olan Turgut Özal Tıp Fakültesi Acil Servis Ekibine ve çalışmama katılım gösteren tüm hastalara,

Bilimin yanı sıra hayatın her alanında yol gösteren, destek veren çok sevdiğim canım hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Züleyha GÜRDAP ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Sema KÖMÜRKARA'ya,

Bu süreçte bana eşlik eden, sözleriyle beni motive eden, tecrübelerinden ders çıkardığım üst dönemlerim ve pek kıymetli arkadaşlarım Sayın Uzman Hemşire Ayşenur ÖZER, Sayın Arş. Gör. Sedef TOK ve Sayın Arş. Gör. Leyla Senem ÜN'e

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen canım dostum Baran SÖNMEZ'e,

Hayatımın her anında, bana maddi manevi destek olan, bana karşı olan inançlarını bir an olsun yitirmeyen, örnek aldığım ve izinden gittiğim canım annem ve babama, şakaları ve esprileri ile sürecimi güzelleştiren canım kardeşlerime,

Benimle okuyan, benimle yazan, beni yetiştiren, beni bir yerlerden izlediğini bildiğim 6 Şubat depreminde kaybettiğim bir tanecik Büyük babama,

Ve akıl sağlığımı koruyabildiğim için kendime,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Şerife İNCE

ÖZET

Acil Servis Hastalarının Ağrı İnançları ve Deneyiminin Algılanan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, acil servise ağrı şikayetiyle başvuran hastaların ağrı inançları ve deneyimlerinin algılanan hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı tipteki araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisinde Aralık 2024-Aralık 2025 tarihleri arasında 475 hasta ile yürütülmüştür. Veriler “Hasta Tanıtım Formu”, “Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği”, “Bakım Davranışları Ölçeği-24”, “Kısa Ağrı Envanteri” ve “Ağrı İnançları Ölçeği” ile yüz yüze toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %50.5’i kadın olup yaş ortalaması 46.95 ± 18.61 ’dir. Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği puan ortalaması 48.32 ± 14.23 ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 puan ortalaması 3.85 ± 1.14 ’tür. Hastaların ağrı şiddeti ortalaması 5.32 ± 1.80 , ağrıya yönelik organik inanç puanı 2.70 ± 0.94 ve psikolojik inanç puanı 2.20 ± 0.82 olarak belirlenmiştir. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği değişkenlerinin bakım davranışları puanındaki varyansın %24.7’sini açıkladığı ($R^2=0,266$; $F=13,935$; $p<0,001$) ve son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma, psikolojik inançlar, şu anki ağrı, genel aktivite durumu ve yaşamdan zevk alma değişkenlerinin anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aynı değişkenlerin acil servis hasta memnuniyeti puanındaki varyansın %25,2’sini açıkladığı ($R^2=0,271$; $F=14,307$; $p<0,001$) ve psikolojik inançlar ve ağrı nedeniyle etkilenen bazı aktivitelerin (uyuma, derin solunum-öksürük egzersizi, ağrı tedavisinden kurtulma, yaşamdan zevk alma) anlamlı yordayıcılar olduğu belirlendi..

Sonuç: Acil serviste ağrı yönetiminin etkililiği ve hastaların ağrıya ilişkin psikolojik inançlarının, hem bakım davranışları algısını hem de hasta memnuniyetini anlamlı düzeyde etkilediğini; özellikle ağrı kontrolünün sağlanmasının bakım kalitesi ve memnuniyetin artırılmasında önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Acil serviste ağrı yönetiminin güçlendirilmesi ve hastaların ağrıya ilişkin inançlarını dikkate alan bütüncül yaklaşımların benimsenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil, Ağrı Deneyimi, Ağrı İnançları, Bakım Algısı, Bakım Memnuniyeti

ABSTRACT

The Effect of Emergency Department Patients' Pain Beliefs and Experiences on Perceived Nursing Care and Patient Satisfaction

Purpose: This research was conducted to examine the impact of pain beliefs and experiences of patients presenting to the emergency department with pain complaints on perceived nursing care and patient satisfaction.

Materials and Method: This descriptive study was conducted with 475 patients in the Adult Emergency Department of Turgut Özal Medical Center, İnönü University, between December 2024 and December 2025. Data were collected face-to-face using the “Patient Identification Form”, “Emergency Department Patient Satisfaction Scale”, “Care Behaviors Scale-24”, “Brief Pain Inventory”, and “Pain Beliefs Scale”.

Results: 50.5% of the participants were female, and the mean age was 46.95 ± 18.61 . The mean scores were 48.32 ± 14.23 for the Emergency Department Patient Satisfaction Scale and 3.85 ± 1.14 for the Care Behaviors Scale-24. The mean pain intensity was 5.32 ± 1.80 , with organic and psychological belief scores of 2.70 ± 0.94 and 2.20 ± 0.82 , respectively. The Brief Pain Inventory and Pain Beliefs Scale variables explained 24.7% of the variance in care behavior scores ($R^2=0.266$; $F=13.935$; $p<0.001$), and it was determined that pain relief with pain treatment, psychological beliefs, current pain, and some activities affected by pain (general activity status and enjoyment of life) were significant predictors ($p<0.05$). The same variables explained 25.2% of the variance in emergency department patient satisfaction scores ($R^2=0.271$; $F=14.307$; $p<0.001$) and that psychological beliefs and some activities affected by pain (sleeping, deep breathing-coughing exercise, relief from pain treatment, enjoyment of life) were significant predictors.

Conclusion: The study concluded that the effectiveness of pain management in the emergency department and patients' psychological beliefs about pain significantly affect both their perception of care behaviors and patient satisfaction; in particular, achieving pain control is important in improving the quality of care and satisfaction. It is recommended to strengthen pain management in the emergency department and adopt holistic approaches that take into account patients' beliefs about pain.

Keywords: Emergency, Pain Experience, Pain Beliefs, Perception of Care, Care Satisfaction

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APS	: American Pain Society- Amerikan Ağrı Derneği
ASA	: Asetik Salisilik Asit
BDÖ-24	: Bakım Davranışları Ölçeği- 24
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT	: Hipertansiyon
IASP	: International Association for the Study of Pain- Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
KAE	: Kısa Ağrı Envanteri
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
n	: Örneklem Büyüklüğü
NSAİİ	: Nonstereoid Anti İnflamatuar İlaçlar
Ort	: Ortalama
SPSS	: Statistical Program in Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TENS	: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=475)	24
Tablo 4.2. Katılımcıların Tıbbi Özellikleri (n=475).....	25
Tablo 4.3. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475).....	26
Tablo 4.4. Kısa Ağrı Envanteri ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475).....	27
Tablo 4.5. Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475) .	28
Tablo 4.6. Kısa Ağrı Envanteri, Ağrı İnançları Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Ölçeği Arasındaki İlişki (n=475)	28
Tablo 4.7. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Arasındaki İlişki (n=475)	30
Tablo 4.8. Kısa Ağrı Envanteri Ölçeğinden Elde Edilen Ağrı Deneyimlerine Göre Bakım Davranışları Ölçeği -24 ve Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=475).....	31
Tablo 4.9. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeğinin Bakım Davranışları Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi (n=475)	32
Tablo 4.10. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeğinin Acil Servis Hasta Memnuniyet Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi (n=475)	33
Tablo 4.11. Demografik özelliklere göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları-24 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=475)	34
Tablo 4.12. Tıbbi Özelliklere Göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları- 24 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=475)	36
Tablo 4.13. Çeşitli Değişkenler ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği -24 Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	37

1. GİRİŞ

Sağlık sistemi içerisinde kritik bir konuma sahip olan acil servisler; haftanın yedi günü 24 saat kesintisiz hizmet sunarak, ani gelişen sağlık sorunlarına hızlı müdahale imkânı sağlayan, hayati öneme sahip birimlerdir (1). Bu hizmetin ertelenemez niteliği ve zaman faktörünün kritik önemi, acil servisleri diğer sağlık birimlerinden ayırmaktadır. Tanı ve tedavi sürecinin gecikmeden başlaması, hasta sağlığı açısından hayati bir gerekliliktir. Bu nedenle acil servislerin yapısının ve işleyişinin etkinliği, sağlık hizmetlerinin genel başarısını doğrudan etkilemektedir (2). Türkiye’de acil servise başvuran kişi sayısı 2021 yılında 129,5 milyon, Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 140 milyon kişi olarak bildirilmektedir (3, 4).

Acil servislerde en sık karşılaşılan başvuru nedenlerinden biri olan ağrı; bireyin uyku düzenini, fiziksel hareketlerini, emosyonel durumu gibi birçok günlük yaşam aktivitesini, genel işlevselliğini ve bakım memnuniyetini etkilemektedir. Bu durum ağrının acil servislerde etkin şekilde yönetilmesini ve ihtiyaç duyulan bakımın sağlanmasını gerekli kılmaktadır (5). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), ağrıyı gerçek ya da potansiyel doku hasarıyla ilişkili, hoş olmayan duysal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlamaktadır (6). Ağrı, kişisel farklılıklar gösteren, biyopsikososyal faktörlerden etkilenen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen subjektif bir algılamadır (7, 8). Özellikle şiddetli ağrılar bireyde korku ve kaygıyı artırmakta; bu durum ağrının daha yoğun hissedilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, ağrı ve korku, birbiriyle yakından ilişkili ve acil sağlık hizmetlerinde dikkate alınması gereken iki önemli faktördür (9). Yapılan bir araştırmada, yüksek düzeyde ağrı korkusu yaşayan bireylerde hem kronik ağrı gelişme riskinin hem de ağrı şiddetinin arttığı ortaya konulmuştur (10).

Ağrı karmaşık yapısı nedeniyle, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu süreçte hemşireler, ağrı değerlendirmesi ve takibinde kilit bir rol üstlenmektedir (11). Ağrı, her ne kadar beşinci yaşamsal bulgu olarak kabul edilse de klinik uygulamalarda hâlâ yeterince sistematik biçimde değerlendirilmemektedir. Acil serviste ağrıya yönelik doğru ve etkili hemşirelik uygulamaları, hasta memnuniyeti ve klinik sonuçlar açısından büyük önem taşımaktadır (12, 13). Ağrının etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi ve yönetilebilmesi için hemşirenin yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olması büyük önem taşımaktadır (14). Kişiye özel ve disiplinler arası bir yaklaşımla gerçekleştirilen

ağrı yönetimi, ağrının tipi ve şiddetinin doğru biçimde analiz edilmesine olanak tanımakta, bu da ağrının hızlı bir şekilde azaltılmasına katkı sağlamaktadır (11,15).

Acil servis çalışanlarının, hastanın yüz ifadesi veya genel durumundan ağrısını doğru biçimde anlayabildiklerini düşünmeleri yaygın bir durumdur; ancak bu yaklaşım genellikle yanıltıcıdır. Ağrının değerlendirilmesinde esas alınması gereken, hastanın ifade ettiği ağrı şiddetidir. Bu doğrultuda hemşireler, hastaların geçmiş ağrı deneyimlerine odaklanarak, mevcut ağrının artmasını önleyecek şekilde uygun müdahalelerde bulunmalıdır (16,17). Çünkü ağrı, sadece fizyolojik bir uyarının yanıtı değil aynı zamanda geçmiş deneyimlerden de etkilenen çok boyutlu bir algılamadır. Daha önce tecrübe edilmiş ağrı, bireyin ağrı eşiğini ve toleransını etkileyerek mevcut ağrısına karşı daha hassas olmasına sebebiyet vermektedir (18). Paquet ve arkadaşlarının araştırması bireylerin geçmiş ağrı deneyimlerinin mevcut ağrılarını etkilediğini göstermektedir. Araştırmada depresyon ve şizofreni tanısı alan hastalar ve sağlıklı bireylerin deneysel şartlarda verdikleri ağrı yanıtlarını incelemiş olup her iki grubun da geçmiş ağrılarının süresinin, yoğunluğunun ve sıklığının şimdiki ağrılarını büyük ölçüde şekillendirdiğini ortaya koymuştur (19).

Hemşirelik bakımında hasta memnuniyeti yalnızca fiziksel tedavinin sağlanmasıyla sınırlı değildir; etkili iletişim, kültürel duyarlılık ve bireysel beklentilerin karşılanma düzeyi de memnuniyet üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir (20,21). Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde hemşirelerin güler yüzlü ve nazik davranışları, hastaların sorularına net ve anlaşılır cevaplar vermeleri gibi faktörler önemli rol oynamaktadır. Acil servise başvuran hastalar, yabancı bir ortamda bulunmaları nedeniyle sıklıkla tedirgin ve kaygılı olabilmekte, bu da bakım memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir (2,8). Shillington ve arkadaşlarının hastalarla terapötik iletişim tekniğiyle acil serviste yapmış oldukları görüşmede hastaların uygulanan analjezikten çok hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının ağrılarına karşı göstermiş oldukları hassasiyetin ve yaklaşım biçimlerinin ayırıcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı ve acil servis ortamından kaynaklı kaygı bildiren hastaların daha yüksek oranda analjezik almalarına karşın memnuniyet düzeylerinin daha düşük olması, memnuniyetin sadece farmakolojik tedavilerle değil psikososyal boyutlarıyla da değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (22). Ürdün'deki bir çalışmada hastalar, hemşirelik bakımı ve acil servis hizmetlerinden genel olarak memnun olmalarına rağmen, sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (23). Yapılan uluslararası başka bir çalışmada acil servise ağrı şikâyeti ile başvuran hastaların birçok farklı faktöre bağlı duydukları

memnuniyet ölçülmüş ve en güçlü pozitif korelasyonun sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu şefkat düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular sonucunda memnuniyetin yalnızca tedavi sonucuna bağlı olarak değil; tedavi sürecindeki etkileşimlerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (24).

Acil servise başvuran bireylerin hemşirelik bakımına yönelik memnuniyeti, ağrı şiddeti, özellikleri ve inançlarıyla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin sağladığı destek ve iletişim, hastaların ağrı algısını etkileyebilirken, yüksek ağrı seviyeleri genellikle korku ve kaygıyı artırır. Ayrıca, bireylerin inanç sistemleri, ağrı yönetimi ve bakım sürecine yönelik beklentilerini şekillendirir. Bu faktörlerin birlikte değerlendirilmesi, hemşirelik uygulamalarının iyileştirilmesi açısından önemlidir. Yaptığımız çalışma, bu kavramlar arasındaki ilişkinin incelenmesi ve ağrı deneyimlerinin bakım memnuniyeti üzerindeki etkisinin belirlenmesi yönünden literatüre katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Sorusu

1. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı inançları ne düzeydedir?
2. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı deneyimleri, ağrı şiddeti ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi ne durumdadır?
3. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların bakım algıları ne düzeydedir?
4. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ne düzeydedir?
5. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı inançları bakım algısını etkiler mi?
6. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı deneyimleri bakım algısını etkiler mi?
7. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı inançları hemşirelik bakımından memnuniyetini etkiler mi?
8. Acil servise ağrı ile başvuran hastaların ağrı deneyimleri hemşirelik bakımından memnuniyetini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı, bireyin yaşamı boyunca, belirli dönemlerinde deneyimlediği ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacını önemli ölçüde etkileyen zaman zaman değişkenlik gösterebilen bireysel bir durumdur (25). Buna bağlı olarak ağrı kavramı, üzerinde çok konuşulan, tanımlanması ve sınırlarının çizilmesi yönüyle farklı düşüncelere açık bir kavramdır (26). Uluslararası Ağrı Araştırması Derneği (IASP) ağrıyı, “Gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya buna benzeyen, hoş olmayan duysal ve duygusal deneyim” cümlesiyle tanımlamıştır (27). Bununla birlikte ağrının daha etkili değerlendirilmesi ve etkin tedaviler oluşturmak amacıyla Amerikan Ağrı Derneği (APS), ağrıyı, 1996 yılında beşinci yaşamsal bulgu olarak tanımlamıştır (28). Bundan dolayı, diğer yaşam bulguları gibi ağrı da beşinci yaşamsal bulgu olarak düzenli aralıklarla değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır (29). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise ağrıyı, “Fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal faktörlere bağlı çok katmanlı bir olgu” olarak belirtmiştir (30). Ağrının karmaşık doğasını değerlendiren tüm tanımların yanı sıra Mc Caffery’e göre ağrı “Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir.” cümleleriyle belirtmiştir (26). Bu tanımların geneline baktığımızda ağrının bireye özgü olduğu ve değerlendirilmesinde, hastanın sözel yanıtının dikkate alınmasının en doğru yaklaşım olduğu görülmektedir. Fakat sedasyon hali, nörotravma veya endotrakeal tüpün varlığı sebebiyle ağrısını sözel olarak bildiremeyen hastalar da mevcuttur (31). Bu noktada ağrının hastanın sözel olmayan parametreleriyle de değerlendirilmesi gerekmektedir (32) Hastada baş sallama/ sallamama, göz hareketi, parmak işaretleri gibi destekleyici belirtilerin yanı sıra davranışsal değerlendirme araçları da ağrının varlığını belirlemede bir seçenek olabilmektedir (31).

2.2. Ağrı Terminolojisi ve Kavramları

Ağrının anlaşılmasında, değerlendirilmesinde ve klinik olarak sınıflandırılmasında sıklıkla kullanılan bazı tanım ve kavramlar vardır. Bunlar:

- Allodini: Normal durumda ağrıya sebebiyet vermeyen bir uyarıcının ağrıya yol açmasıdır.
- Analjezi: Ağrı algısının azaltılması veya ortamdaki kaldırılmasıdır.
- Anestezi: Ağrı ve diğer duyuların hissedilmemesidir.

- Hiperalezi: Normalde ağrıya sebebiyet veren bir uyarana sonucu ağrının artması.
- Hiperestezi: Özel duyular dışında uyarılara karşı hassasiyetin artması.
- Hipoalezi: Normalde ağrılı bir uyarana karşı cevap olarak ağrının azalması.
- Hipoestezi: Özel duyular hariç, uyarılara karşı duyarlılığın azalması.
- Ağrı eşiği: Kişinin ağrıyı hissettiği en hafif uyarana etkisidir.
- Ağrı algısı: Her kişinin kendi kişisel tecrübelerinden kaynaklı ağrısını farklı şekillerde değerlendirmesidir.
- Ağrı toleransı: Kişinin ağrı şiddetine dayanabilme yeteneğini tanımlar.
- Ağrı davranışı: Ağrının hissedildiği anlarda bireyin beden hareketleri ve yüz ifadesi, ağrı deneyiminin dışı vurmasıdır (25).

2.3. Ağrının Fizyolojisi

Ağrının oluşum sürecini açıklayabilmek için öncelikle 'nosiseptör' ve 'nosisepsiyon' kavramlarının anlaşılması gerekmektedir. Nosiseptörler, doku hasarı veya potansiyel zararlı uyarıları algılayan ve bu uyarıları merkezi sinir sistemine ileten, ağrının tanımlanması ve algılanmasında rol oynayan spesifik serbest sinir uçlarıdır (33). Zararlı uyarıların nosiseptörler aracılığıyla algılanması ve bu uyarıların bir dizi karmaşık elektrokimyasal olayla sinirsel iletim için kodlanması süreci ise 'nosisepsiyon' olarak tanımlanmaktadır (34). Nosiseptörler, derinin yüzeysel ve subkutanöz yapılarında, periostta, kaslarda, arteriyel duvarlarda ve eklem yüzeylelerinde bulunmaktadır. (25,35). Periferdeki ağrı reseptörleri; dışsal uyarı çeşitleri olan termal, mekanik ve kimyasal tepkilerle uyarılıp aktive olması sonucu tehdit altındaki bölgelerden kimyasal maddeler salgılar. Bu kimyasal maddelerden bazıları; serotonin, histamin, bradikinin, arasıdonik asit, lökotrenler, prostaglandin, katekolaminler ve p maddesidir (36,37). Uyarılar genellikle C lifi ve A- Delta tipi lif grupları içinde yer alan nosiseptörler aracılığı ile spinal korda ulaştırılır. Ulaşım hızı liflerin miyelinli olup olmadığına ve lifin çapına bağlıdır. C lifleri küçük çaplı (0.4-1.2 μm) ve miyelinli bir yapıya sahiptirler. Dolayısıyla hızları A-Delta tipi liflere kıyasla daha düşüktür. Yavaş ağrı tepkisi oluşumunda rol oynayan C lifleri; mekanik, termal ve kimyasal uyarıların iletiminde görev alır ve bunun sonucunda zonklama, sızlama ve belli bir zaman sonra ortaya çıkan ağrıların oluşmasına yol açmaktadırlar. A- Delta tipi lifler ise ince ve miyelinli (2-6 μm) bir yapıya sahiptir.

Mekanik ve termal uyarılardan etkilenecek keskin, hızlı, batıcı ve yeri belirlenebilen akut ağrıların ortaya çıkmasında etkilidir (38,39). Uyarılar, nosiseptörler aracılığıyla elektriksel sinyale dönüştürülür, periferden merkezi sisteme aksonlar boyunca ulaştırılır. Omuriliğe gelen uyarılar, talamus ve serebral kortekse iletilerek cevap oluşturulur. Bu uyarılar beyinde ağrı hissiyatı olarak yorumlanır (23,25,40,41). Nosisepsiyon süreci dört aşamada meydana gelmektedir.

- Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Fiziksel ve kimyasal uyarıların tetiklemesiyle birlikte sinirlerin sensoriyal uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır (42).
- Ağrının iletilmesi (Transmiyon): Uyarının santral sinir sistemine iletilmesi aşamasıdır (39). Transmiyonda nöral yollar üç bileşenden oluşur:
 - a. Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletilmesi
 - b. Uyarının spinal kordda, ascendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
 - c. Talamokortikal projeksiyon (43).
- Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Modülasyon, inen sinir iletim yollarının, internöronlar ya da omuriliğe ulaşan zararlı girdilerle etkileşim kurarak, sinyalin azaltıldığı bir süreci ifade eder. Bu süreç, çeşitli yaralanmalar ve çevresel uyarılara yanıt olarak farklı adaptasyonlar ve düzenlemeler içerebilmektedir (44).
- Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireylerin psikolojik ve emosyonel durumları sonucunda gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır. Birey doku harabiyeti ya da fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu ifade edebilir. Bu ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan somatosensoriyal bir duyu olarak algılanır. Hasta bir duyuyu ağrı olarak ifade ediyorsa bu duyu ağrı olarak tanımlanabilmelidir (42,43).

2.4. Ağrı Sınıflaması

Ağrı, IASP ve Raj tarafından farklı boyutlarda sınıflandırılmıştır. IASP'ye göre ağrı, beş eksen üzerinden değerlendirilmektedir: ağrının lokalize olduğu vücut bölgesi, etkilenen anatomik sistem, ağrının başlama süresi, şiddeti ve süresi ile ağrının etiyojisi. Raj'ın sınıflamasına göre ise ağrı dört ana başlık altında ele alınmaktadır: süreye göre (akut ve kronik), nörofizyolojik mekanizmaya göre (nosiseptif, somatik, visseral),

etiyolojik faktörlere göre (kanser ağrısı, postherpetik nevralji, orak hücre anemisine bağlı ağrı, artrit ağrısı) ve lokalizasyonuna göre (baş, yüz, bel, pelvik ağrı) (46). Bu sınıflamaların alt başlıkları incelendiğinde:

- Akut ağrı: 3-6 ay içinde oluşan, burkulma, travma, çıkık, enfeksiyon, artrit gibi doku hasarı ile bağlantılı kısa süreli ağrılardır (27).
- Kronik ağrı: Düzenli ağrı tedavilerine cevap vermeyen, psikolojik bulguları da beraberinde getiren 3 aydan daha uzun süreli olan ağrı çeşididir (45).
- Nosiseptif ağrı: Nosiseptif ağrı, sinir sistemi dışında yer alan organlardaki nosiseptörlerin uyarılmasıyla başlayan ve bu uyarının merkezi sinir sistemine iletilmesi sonucu hissedilen bir ağrı türüdür. Başka bir ifadeyle, bu ağrı organizmanın kendini koruma ve savunma işlevinin bir parçasıdır (46). Nosiseptif ağrı; viseral, yüzeysel ve derin olmak üzere üç alt tipe ayrılabilir. Viseral ağrılar genellikle iç organlardan kaynaklıdır ve gerilme tarzında hissedilir. Yüzeysel ağrılar, deriden ve yüzeysideki dokulardan kaynaklanırken derin ağrılar ise kas, kemik, eklem, tendon ve ligament gibi vücudun daha derin yapılarından kaynak alır (47).
- Nöropatik ağrı: Periferik ve santral sinir sistemi dokularındaki fizyopatolojik değişimler ve hasarlar sonucunda ortaya çıkan ağrıdır (46). Belirti bulgularında, elektrik çarpması tarzında ağrı, yanma, allodini, parestezi gibi kendine has bulgular yer almaktadır (48). Yetişkinlerin, yaklaşık %7-8'i nöropatik özelliklere sahip ağrı yaşamaktadır (49). Etiyolojisinde ise diyabetik nöropati, inme, karpal tünel sendromu ve kronik bel ağrısı yer almaktadır (46).
- Deafferantasyon ağrısı: Ağırlıklı olarak, deafferantasyon ağrısının, bedensel duyumla ilgili bilgileri ileten sipinotalamik sistemin hasar görmesinden kaynaklandığı düşünülse de mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Amputasyon sonrası prevelansı oldukça yüksek olan (%60-80) fantom uzuv ağrısı bu ağrı çeşidine örnek verilebilir (50).
- Psikosomatik ağrı: Psikosomatik ağrı, hastanın ruhsal ve psikososyal problemlerinin ağrı biçimindeki ifadesidir. Ağrının ön planda olduğu somatik bozukluklarda, hastanın duygudurum ve kaygısına bağlı olarak santral duyarlılaşma olabilir. Bu tür durumlarda ağrıyı aşırı algılama ön plandadır (51).

- Somatik ağrı: Vücuttaki; cilt, kaslar, kemikler ve bağ dokular gibi dış yapılardan kaynaklı ağrıdır. Çoğunlukla iyi belirlenir ve lokalize bir ağrıdır. Cilt kesileri buna örnektir (46).
- Psikojenik ağrı: Ağrıyı etkileyen fizyopatolojik bir faktör olmamasına karşın, beliren ve ağrı kaynağının oluşturabileceğinden daha kuvvetli hissedilen ağrı duyusudur (46).

2.5. Ağrı Teorileri

2.5.1. Kapı Kontrol Teorisi

Ağrının modüle edilmesiyle ilgili en etkin teorilerden biri olan Kapı Kontrol Teorisi 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından geliştirilmiştir. Ağrının mevcudiyeti ve şiddeti sinyalin geçişine bağlıdır. Bu bağlamda teorinin birincil çıktısı ağrının ilk sinaptik aşamada kesilebileceği yönündedir. Bu kısım nosiseptif afferentlerin omuriliğin dorsal kısmındaki çıkış noktası ile beyne ağrı sinyalini ileten yükselen internöronlar arasındaki ilk bağlantıdır. Yapılan bu ilk sinapsta kapı mekanizması vardır ve ağrı geçişi kontrol edilir. Eğer kapı açıksa ağrı duyusu ile sonuçlanan sinyaller bilince ulaşır, eğer kapı kapalıysa sinyaller bilince ulaşamaz ve ağrı duyusu hissedilemez. Kapı Kontrol Teorisinin ağrının giderilmesinde üç yönlü katkı verir.

- Derinin uyarılması ağrıyı azaltabilir. Bu teoriye göre ağrılı uyarının iletiminde küçük çaplı ve büyük çaplı lifler rol alır. Küçük çaplı lifler kapının açılmasında görev alırken büyük çaplı lifler kapının kapanmasında görev alır. Deride çok sayıda büyük çaplı lif bulunmaktadır dolayısıyla; dokunma, masaj, vibrasyon, soğuk sıcak uygulama bu lifleri aktive eder. Bu tarz uygulamaların ağrının azaltılması ve giderilmesi noktasında önemli yerleri vardır (52).
- Normal veya yüksek düzey duyuşal uyarılar, ağrıyı giderebilir. Beyin sapı ağrılı uyarıları baskılayarak kapıyı kapatır. Duyuşal uyarılar yeterli olmaz ise ağrı duyusu baskılanamaz, kapı açık durumda kalır ve uyarılar merkezi sinir sistemine geçer. Bu durumda ağrı hissedilir. Hastanın ağrılarının kontrol edilebilmesi adına dikkati başka yöne çekme, hayal kurma gibi uygulamalar planlanabilir (40).
- Hastaya verilecek doğru bilgi, kontrol duygusunu sağlamada etkilidir. Dolayısıyla doğru bilgi verilerek anksiyetenin azaltılması, ağrının giderilmesi

noktasında bireye yardımcı olabilir. Kişinin duygu ve düşünceleri korteksteki tetik ağrı uyarılarını harekete geçirir ve bilinç düzeyine geçiş olur. Geçmiş dönemde yaşanmış ağrı deneyimleri bireyin mevcut ağrısına vereceği yanıtı etkiler (40).

2.5.2. Endorfin Teorisi

1970’li yıllarda vücudun merkezi sinir sistemi ve hipofiz bezinden üretilen narkotik maddelere benzeyen bir hormon keşfedilmiştir ve bu hormona endorfin adı verilmiştir. Endorfin kavramı, “endojen” ve “morfin” kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmuştur. Endorfinler ağrıyı bloke etmek amacıyla beyin ve spinal kordun narkotik reseptörlerine tutulur. Bu sayede hoşla gitmeyen duyuları inhibe ettiği, düzenlediği ve ağrıyı azalttığı bilinmektedir. Endorfin hormonu ayrıca iyi olma hissiyatını ve öforiyi de sağlar. Bu duruma spor sonrasındaki mutluluk ve iyilik hali örnek verilebilir (53).

2.6. Ağrı Algısını Etkileyen Etmenler

Ağrı hayatın her evresinde karşılaşılabilecek bir deneyimdir. Bu deneyim bireyin fizyolojik etmenlerinin yanı sıra, psikososyal etmenlerine de bağlıdır. Bireyin ağrısının azaltılması ve giderilmesi doğrultusunda bireyin ağrı algısını etkileyen etmenlerin bilinmesi gerekmektedir. Ağrı algısını etkileyen etmenler şunlardır;

Yaş: Ağrı her yaşta deneyimlenebilen subjektif bir hissiyattır. Fakat verilen tepkiler yaşa göre değişiklik gösterebilmektedir (43). Yaşla birlikte ağrı algısındaki değişiklikler son yıllarda giderek daha fazla araştırma konusu haline gelmiştir. Bu durumun başlıca sebepleri arasında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sosyodemografik değişiklikler, yaşam beklentisindeki artış ve yaşlı bireylerin kliniklerdeki ağrı prevalansının yüksek olması yer almaktadır. Bu epidemiyolojik gelişmelerin bir sonucu olarak yıllar içinde ağrı algısındaki yaşla ilgili değişiklikler sonucunda bu alanda bazı temel bulgulara dair genel görüş ortaya çıkmıştır. Örneğin yaş ilerledikçe ağrı eşiğinin yükseldiği, ancak ağrı toleransının düştüğü düşünülmektedir (54).

Cinsiyet: Birçok ağrı şeklinin görülme preveanlansı, nasıl ortaya çıktığı ve altında yatan mekanizmalar, kadınlar ve erkekler için değişiklik gösterebilmektedir. Ağrı algısındaki cinsiyet farklılıkları; epidemiyolojik bilgilerin elde edilmesi, hormon düzeylerinin farklılıkları ve ağrı başlangıç noktasının çeşitlilik göstermesi başta olmak

üzere psikofiziksel faktörlerin değerlendirilmesi gibi konularda incelenebilmektedir (55). Bu incelemeler ve klinik çalışmalar sonucunda ağrı hassasiyetinin ve kronik ağrı sıklığının kadınlarda daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Bunun sebebinde kadınların doğum ve menstrüasyon döngüsünün etkili olduğu vurgulanmıştır (56). Fakat erkeklerin ise kadınlara kıyasla daha fazla analjezik almaya meyilli oldukları bildirilmiştir. Aynı zamanda elde edilen bilgiler ışığında ağrının mekanik, termal gibi birçok farklı türünde de aynı şekilde görüldüğü saptanmıştır (55-57).

Kültürel Faktörler: Ağrı, toplumun her kesiminde karşılaşılabilen bütüncül bir tecrübedir. Ancak kültürler arasında ağrının algılanışı, ifade edilişi ve tolere edilişinde önemli farklılıklar görülmektedir. Bu nedenle, farklı kültürlerin ağrıya bakış açılarını anlamak, etkili ve kapsayıcı bir şekilde kültüre duyarlı bakım sunmak açısından büyük önem taşır. Her ne kadar ağrı, mevcut ya da olası doku hasarıyla ilişkili duysal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlansa da birçok kültür ağrıyı çok boyutlu bir olgu olarak ele alır. Dolayısıyla ağrının fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutlarıyla değerlendirilmesi, hastaya bütüncül bir bakım sunmayı kolaylaştırır (58). Kültürden kültüre farklılık gösterebilen inançlar ve faaliyetler, ağrının hissedilmesini ve yönetilmesini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Örneğin; bazı toplumlar ağrıyı hayatın genel seyrinde normal bir durum olarak algıırken (Nepal); bazı kesimler bunu bir dayanma motivasyonu veya çekilmesi gereken bir ceza olarak algılayabilmektedir (Meksika- Amerikan Kültürü, Avustralyalı Aborjinler, Zulu Kültürü) Değişen bu perspektifler, hastaların çözüm arayışlarını, verilen bakımı ve ağrı yönetimini etkileyebilmektedir (59,60).

Önceki Ağrı Deneyimi: Ağrı sadece fizyolojik bir oluşum değil aynı zamanda biyopsikososyal faktörlerden etkilenen bir süreçtir (61). Geçmişte yaşanan ağrı, potansiyel yaşanabilecek ağrıya karşı yüksek hassasiyet oluşturmaktadır (18). Yoo ve arkadaşlarının mevcut ağrının ve geçmiş ağrı deneyimlerinin göz bebeği tepki örüntüleri üzerine yapmış oldukları çalışmada, göz bebeği tepkilerinin sadece mevcut ağrı halinde değişim göstermeyip, geçmiş ağrı deneyimlerinde de aynı değişimi yansıttığını saptamışlardır (62).

Eğitim durumu: Ağrının algılanması son derece kişisel bir durumdur. Bu nedenle her ne kadar benzer özelliklere sahip bireyler olsa dahi ağrı şiddeti, hastalar arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Bu durum algılamanın birçok faktöre bağlı olduğunu yansıtmaktadır (63). Literatür incelendiğinde bu faktörlerin başında eğitim düzeyi gelmektedir. Yapılan birçok çalışmada ağrı algılaması ve eğitim düzeyi arasındaki

ilişkiye bakılmış ve daha yüksek eğitim seviyesindeki kişilerin ağrı yaygınlığının, daha düşük eğitim seviyesindeki kişilere kıyasla daha az oranda olduğu saptanmıştır (64,65).

2.7. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı yönetiminin zeminini, ağrının sistemli olarak değerlendirilmesi oluşturmaktadır (66). Değerlendirmenin doğru ve kapsamlı olması gerekmektedir. Bu süreçte hastanın kendi ifadesi temel alınarak; ağrı öyküsü, hastanın yüz ifadesi ve yaşamsal bulguları dikkatle incelenmelidir. Kapsamlı bir değerlendirme ise; ağrının şiddetini, süresini, yerini, etkileyen faktörleri ve hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini içermelidir. Ağrısını ifade edemeyen hastalarda ise sözel olmayan bulgular dikkatle değerlendirilmelidir (43). Bu doğrultuda, ağrıyı nasıl ele aldığımız, hastaların mortalite ve morbiditeleri için uzun vadede önemli bir yere sahiptir (67). Subjektif belirtilerin objektif bulgulara dönüştürülmesinde tek boyutlu ve çok boyutlu ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır (66).

2.7.1. Tek Boyutlu Ölçekler

Sözel Kategori Ölçeği: Bu ölçek hastanın ağrı şiddetini sözel olarak en uygun şekilde tanımlayabilmesini sağlamaktadır. Ağrı şiddeti en hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanmaktadır. Ölçek basit ve kolay uygulanabilmektedir (68).

Sayısal Değerlendirme Ölçeği: En yaygın kullanılan ve uygulanması en kolay olan ölçektir. Ölçekte ağrı şiddeti (0-10, 10-100) “ağrı yok (0)”, “dayanılmaz ağrı (10)” olarak veya “ağrı yok (10), dayanılmaz ağrı (100) değerlendirilmektedir (66).

Görsel Kıyaslama Ölçeği: Ağrıyı görsel olarak değerlendirmede kullanılmaktadır. Yatay veya dikey olarak çizilmiş “Ağrı yok (0)” ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı (10)” ile biten bir cetveldir. Hastanın ağrısını hissettiği ağrı yoğunluğunu işaretlemesi istenmektedir (66).

Burford Ağrı Termometresi (BAT): Hastaların ağrı yoğunluklarının belirlenmesi için hem sözel hem de sayısal analog skalaların birlikte kullanıldığı bir ölçektir. Bu doğrultuda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıya karşılık gelmektedir (66).

Yüz İfadesi Ölçeği: Hastaların ağrılarını görsellerden yararlanarak ifade etmelerini sağlar. Özellikle okuma yazma bilmeyen bireylerde kullanımı uygundur. Ölçekte bir dizi yüz ifadesi kullanılarak hastanın kendi ağrısını ifade eden en uygun yüz ifadesi seçmeleri beklenir (66).

2.7.2. Çok Boyutlu Ölçekler

Çok boyutlu ölçekler ağrının tüm yönleriyle ele alınmasını sağlar. Bu yönüyle özellikle kronik ağrının değerlendirilmesinde tercih edilirler fakat tek boyutlu ölçeklerle kıyasladığımızda daha uzun sürmesi, anlaşılması ve klinik uygulamalarda kullanılması daha zordur (69). Bu ölçekler arasında en sık tercih edilen ölçek ise Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu'dur.

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu/Anketi: Melzack ve Torgerson tarafından 1971 yılında geliştirilmiş olup klinik kullanımda uzun sürede tamamlanması ve bazı hastalar için karışık olması sebebiyle Melzack 1987'de McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formunu geliştirmiştir. Bu kısa form, uygulamasının daha kolay olması sayesinde klinik pratikte tercih edilmekte; ağrının duyusal yönü, şiddeti ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir (70).

2.8. Ağrı Yönetimi

Ağrı, sağlık hizmetinde geri plana atılamayacak önemli ve sık rastlanan bir durumdur. Yaşam kalitesini etkilemesinin yanı sıra sağlık sistemleri üzerinde de ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla, ağrının etkin bir şekilde yönetilmesi öncelikli hedeflerden biri olmalıdır. Başarılı bir ağrı yönetimi ise farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kapsayan multimodel bir yaklaşımı içermektedir (71,114).

Farmakolojik Yöntemler: Farmakolojik tedavide DSÖ tarafından tanımlanan analjezi merdiveni yaygın olarak kullanılmaktadır. Merdivenin ilk basamağında: asetik salisilik asit (ASA), parasetamol (asetaminofen), nonsteroid anti- inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)(71); ağrının geçmediği durumlarda; ikinci basamakta: zayıf opioidler (kodein, tramadol), üçüncü basamakta ise: güçlü opioidler (morfin ve türevleri, oksikodon, hidromorfon, fentanil) kullanılmaktadır. Analjezi merdiveninin tüm basamaklarında eğer herhangi bir sakınca yoksa parasetamol ve NSAİİ kullanılabilir (72). Her basamakta gerek görülürse etkiyi artırmak için adjuvan ilaçlar kullanılabilir. En çok tercih edilen adjuvan ilaçlar; antidepresanlar, antikonvülzanlar, kortikosteroidler ve lokal anesteziklerdir (71). Analjezikler verilirken, hastanın yaşı dikkate alınarak uygun dozlar kullanılmalıdır. Yan etkiler dikkatle incelenip, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmeli, ortaya çıkabilecek herhangi bir yan etkiye kapsamlı şekilde müdahale edilmelidir. Karaciğer ve böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kullanılan dozlar azaltılmalıdır (73,74).

Non-farmakolojik Yöntemler: Analjeziklerin kullanılmadığı ya da yetersiz kaldığı durumlarda ve ilaçların etkilerini artırmak için çeşitli farmakolojik olmayan yöntemler kullanılır. Nonfarmakolojik yöntemler ağrının sadece fizyolojik etkilerini değil aynı zamanda; kognitif, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarını da iyileştirmeyi amaçlamaktadır (25).

Fiziksel Yöntemler

Sıcak Uygulama: Bazı kas iskelet rahatsızlıklarındaki, ağrı ve diğer bulguları hafiflettiği kanıtlanmış en yaygın ve geleneksel tedavi stratejilerinden biridir (75). Derin ve yüzeysel olmak üzere iki şekilde uygulanabilmektedir. Yüzeysel uygulamalara; sıcak su torbaları ve kompresler veya sıcak banyo örnek verilebilir. Sıcak uygulama, termoreseptörleri aktive ederek nosisepsiyonun başlamasını engeller. Böylece kasların gevşemesini ve vazodilatasyonun oluşmasını sağlayarak ağrının azaltılmasında etkili olur (76). Son yıllarda ağrı üzerine yapılan çalışmalarda sıcak uygulamanın etkinliği kanıtlanmıştır (77,78). Hotfiel ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada, sıcak uygulamanın en sık uygulandığı rahatsızlıkların %92 ile bel ağrısı ve %84 ile boyun ağrısı olduğu tespit edilmiştir (75).

Soğuk uygulama: Soğuk uygulama, kliniklerde ağrı yönetiminin etkin bir şekilde yapılabilmesi için kullanılan yöntemlerden biridir (79). Soğuk uygulamalara; buz paketleri, buzlu su banyoları veya buz havluluları örnek verilebilir (78,79). Soğuk uygulamaların ağrıyı azaltmasının altında yatan mekanizmaların başında; vazokonstriksiyon oluşturmak, sinir iletim hızını azaltarak ağrı eşikliğini yükseltmek ve ağrı kontrol kapısını kapatarak ağrı algısının azaltılması gelmektedir (79).

Masaj: Masaj terapisi, ağrıdan kurtulmak için sık tercih edilen tamamlayıcı bir yöntemdir (80). Masaj sayesinde derideki dokunma reseptörleri aktive edilerek kapı kontrol teorisi ile ilişkili “ağrı kapısını kapat” sinyali verilerek ağrının algılanması engellenmiş olur (25). Mak’ın yaptığı sistematik incelemede, ağrının birçok çeşidinde masaj tekniğinin yüksek ve orta düzeyde etkili olduğu belirtilmiştir (80).

Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS): Transkutanöz elektriksel sinir uyarısı, deri üzerine konumlandırılan elektrot pedleri vasıtasıyla düşük voltajlı elektrik akımları vererek cilt altındaki sinirleri uyarır ve bu sayede ağrının azaltılması veya giderilmesi sağlanır. İnvaziv olmayan bu yöntem, akut ve kronik ağrıların yönetiminde kullanılmakla birlikte nosiseptif, nöropatik ve kas iskelet sistemi ağrıların tedavisinde de oldukça etkilidir. Bu mekanizmanın temel işleyişi, ağrı iletimini

düzenleyen merkezi ve periferik sinir sistemi kanalları üzerinden gerçekleşir. Gönderilen elektriksel akımlar, endorfin, serotonin ve asetilkolin gibi analjezik etki yaratan nörotransmitterlerin salınımını destekler. Bu biyokimyasal gelişmeler ağrının algılanmasında azalma sağlar. TENS aygıtları, hastaların istek ve ihtiyaçlarına göre; yoğunluk, frekans ve darbe süresi gibi seçeneklerle kişilere bireyselleşmiş bir tedavi sağlar (81- 83).

Pozisyon Verme: Hastanın güvenliğini, rahatlığını sağlamak; aynı zamanda gelişebilecek komplikasyonları engellemek amacıyla uygulanan pozisyon verme yöntemi; Yastıklar, özel tasarlanmış yataklar, antibaskı pozisyonlama pedleri ile desteklenerek uygulanır. Uygun pozisyonlama ağrının önlenmesinde ve hafifletilmesinde etkili olarak kan dolaşımını artırır, perfüzyonu destekler ve kaslarda meydana gelebilecek kısılmaların oluşmasını da önler (25,84). Ağır olmayan kırıklarda uygun pozisyon vermenin ağrıyı hafiflettiği bilinmektedir. (85).

Bilişsel- Davranışsal Yöntemler

Gevşeme Teknikleri: Ağrı, akut veya kronik olmak üzere kişilerin sıklıkla deneyimledikleri bir rahatsızlıktır (34). Ağrının yönetilmesinde en sık tercih edilen analjezik uygulamasının yanı sıra farmakolojik olmayan gevşeme tekniklerinin kullanılması, ağrının en az riskle giderilmesini destekler (86). Gevşeme teknikleri, ağrı algısını düşürmeyi hedefleyen çeşitli yöntemler içermektedir (87). Bu yöntemler; derin nefes alma, meditasyon ve progresif kas gevşetme tekniğini içerir (88). Wanmbheim ve arkadaşları, gevşeme tekniklerinin kronik ağrı üzerindeki etkileri inceleyen 21 çalışmayı sistemik olarak incelemiş ve yapılan çalışmalarda gevşeme tekniklerinin kronik ağrıyı ve bununla beraber gelen stres ve anksiyete düzeyini de azalttığını belirtmişlerdir (89).

Dikkat Dağıtma: Dikkat dağıtma tekniği, nosisepsiyonu etkileyerek, içsel bir ağrı bastırma sistemini tetikler ve bilişsel algıların değişmesinde rol oynar (90). Bu yöntem, odağın ağrıyı uyaran mekanizmadan uzaklaştırılıp ağrı şiddetinin azaltılmasını hedefler. Yapılan bir çalışmada termod sistemiyle 109 kadına ağrı uyaran verilmiştir. Ağrı şiddetini azaltmak için ise dikkat dağıtma yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma sonucunda dikkat dağıtma tekniğinin akut ağrının şiddetini azalttığı gözlemlenmiştir (91). Teknolojinin gelişmesiyle birlikte son yıllarda ağrının azaltılmasında sanal gerçeklik, potansiyel bir dikkat dağıtıcı teknik olarak öne çıkmaktadır (92).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Bilişsel davranışçı terapi, ağrının etkisini hafifletmeyi amaçlayan, fiziksel ve ruhsal iyileşmenin önünde engel oluşturan olumsuz

düşünce ve davranış kalıplarını dönüştürmeye yönelik bir psikolojik müdahale yöntemidir (93). Bilişsel Davranışçı Terapi, hastanın önceki ağrı deneyimlerine odaklanarak kişinin kendi kendini izlemesini, dinlemesini ve önceki ağrı deneyimlerinin kökenine inmesini içerir (94). Klyne ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmanın verileri BDT'nin kronik ağrıyı azalttığı saptanmıştır (95).

Alternatif ve Tamamlayıcı Yöntemler

Aromaterapi: Ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan tedavi seçeneklerinden bir diğeri ise aromaterapidir. Kullanım kolaylığı ve yan etkisinin az olmasından dolayı öne çıkmaktadır (96). Bu yöntem genellikle; doğuma bağlı ağrılar, kas iskelet sistemi veya ameliyat kaynaklı oluşan ağrılarda etkilidir (97,98). Aromaterapinin temel mantığı, uçucu yağların (lavanta veya gül yağı) inhalasyon veya deri vasıtasıyla vücuda alınarak, ağrı şiddetinin azaltılmasıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde aromaterapinin, standart ağrı protokolleriyle birlikte uygulandığında ağrının azaltılmasında etkili olduğu ortaya konmuştur (99).

Akupunktur: Akupunktur, Doğu Asya Tıbbı'nda geleneksel olarak ağrının kontrolünün sağlanmasında oldukça sık tercih edilen nonfarmakolojik bir yöntemdir. Vücudun belirli bölgelerine ince iğnelerin konumlandırılmasıyla uygulanır. Araştırmalar, akupunkturun analjezik ve iyileştirici etkilerinin beyin ve sinir sistemi üzerindeki modülasyonlar aracılığı ile ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Bu tedavi yöntemi özellikle baş, boyun, bel ağrılarında kullanılmaktadır (100).

Müzik Terapisi: Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavilerin ağrıyı gidermede yeterli olmaması ve bununla birlikte tedavi sonrası yan etki oluşturma riski, müzik terapisi gibi alternatif nonfarmakolojik ağrı yönetimi seçeneklerini ön plana çıkmasını sağlamaktadır (101). Müzik terapisi, hastaların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini karşılamak amacıyla, teröpatik iletişim teknikleriyle uzman kişiler tarafından klinikte uygulanması durumudur (102). Müzik terapisinin çeşitli ağrı türleri (kronik ağrı, kanser ağrısı ve postöoperatif ağrı) üzerindeki etkisini araştıran bir metanaliz çalışmasında, müziğin ağrının azaltılmasında anlamlı derecede etkili olduğu belirtilmiştir (103).

Refleksoloji: Farmakolojik tedavinin, kronik ve ağrı durumlarında etkisinin yeterli olamayışı bireyleri tamamlayıcı ve bütüncül bir tedavi arayışına yönlendirmiştir. Bu doğrultuda, Refleksoloji; ayak, el ve kulaktaki belirli noktaların çeşitli organ ve sistemlere karşılık gelen bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (104).

2.9. Acil Servis ve Acil Serviste Ağrı Yönetimi

2.9.1. Acil Servis

Acil servisler, toplumun sağlık düzeyini artırmaya yönelik ve çok çeşitli şikayetleri olan hastalara 7/24 hizmet veren birimlerdir. Acil servisi diğer servislerden ayıran en önemli özelliklerinden biri, her yaşta ve cinsiyetten kişilerin başvurabilecekleri ücretsiz ve ulaşımı kolay servislerden bir tanesi olmasıdır (105,106). Her ne kadar acil servislerin çalışma mekanizmaları ülkeler arasında farklılık gösterse de küresel ölçekte en yoğun sağlık hizmeti sunan servisler arasında yer almaktadırlar (107).

2.9.2. Acil Serviste Ağrı Yönetimi

Ağrı, acil servislere gelen hastaların en çok yakındığı durumlardan biridir ve bu genel başvurunun %75-80' ini oluşturmaktadır (108). Acil servislerde etkili ağrı yönetimi, bakımın kalitesini gösteren önemli çıktılardan bir tanesi olup acil servislerin etkinliğinin değerlendirilmesinde ise önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır (109). Buna rağmen acil servislerde ağrının yeterince tedavi edilememesi (oligoanaljezi), hala önemli bir problem olarak varlığını sürdürmektedir. Acil serviste ağrı yönetiminin temel hedefi kişinin günlük performansına dönebileceği şekilde bir konfor sağlamaktır. Bu doğrultuda kişiye ve ağrısına özel, hızlı ve en az yan etkiye sahip bir tedavi planı geliştirilmelidir (108). Bu tedavi planı için pek çok strateji geliştirilmiştir. Bunların en başında farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi kombinasyonu yer almaktadır (110). Farmakolojik tedavi yönteminin içeriğinde opioid ve opioid olmayan sistemik analjezik ajanlar yatmaktadır (111). Özellikle acil servise başvuran akut ağrılı durumlarda (travma, kırıklar, renal kolik, yanıklar, karın ağrısı) en öncelikli olarak tercih edilmektedir (112). Acil serviste yapılan pilot bir çalışmada TENS ünitesinin ağrıyı %99 oranında azalttığı tespit edilmiştir (113).

2.10. Hemşirelik Bakımı ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet

2.10.1. Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biri, hastanın var olan ağrısını, etkin ve objektif bir şekilde değerlendirmek ve azaltmaktır. Hemşirelerin yaptığı ağrı yönetimi; farmakolojik tedavinin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlerini de tedaviye katarak bireyselleştirilmiş bakım kalitesini artırmaktır. Ayrıca hemşire, ağrı yönetiminde bireyi

bilgilendirip kaygı ve korkularını en az düzeye indirerek destek sağlar, hastayı bakım sürecine aktif olarak katarak bakımın kalitesini optimum seviyeye çıkarır. Bu doğrultuda ağrı yönetiminin ve bakımın kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan akreditasyon merkezleri (Joint Commision), bakım kalite uygulamalarını içine alan standartlar belirlemeye başlamıştır (114-118).

2.10.2. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet

Bakım memnuniyeti, hastaların hastane ortamındaki bakıma dair algıları ile verilen hizmetin beklentilerini ne ölçüde karşıladığını gösteren hassas bir dengedir (119). Verilen bakımın kalitesi aynı zamanda sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir rol oynar (120). Bu bağlamda sağlık sisteminde hastalarla büyük oranda zaman geçiren hemşireler, hastanelerdeki bakımın ortalama %80 ini karşılamaktadırlar (121). Hemşirelik bakımından memnuniyet ise, hemşirenin teknik ve teorik bilgisi, fiziksel çevrenin uygunluğu, sağlık imkanlarına erişilebilirlik, yapılan tedavinin etkililiği ve hastaların beklentilerini karşılama derecesi olarak düşünülmektedir (122). Hemşirelik bakımından memnuniyetle ilgili yapılan uluslararası çalışmalarda, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bakıma dair memnuniyetin düşük olduğu, İrlanda'da %11 ve Yunanistan'da %47 olduğu saptanmıştır. Buna karşın Alhussin'in yaptığı araştırmada hemşirelik bakımından memnuniyetin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada ise bakım memnuniyet seviyesinin düşük olmasının başlıca sebepleri arasında ise; dil engeli, taburculuk bilgisinin yeterli olmayışı ve hizmetlere erişimde yaşanan güçlükler yer almaktadır (119,123,124).

3. MATERİYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2024 ile Aralık 2025 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi acil servisinde yeşil ve sarı alana ağrı şikâyeti ile başvuran hastalarla yürütüldü. Günlük 6 hemşire servislerde aktif olarak çalışmakta olup toplam hemşire sayısı 24'tür. Sarı alan 2+1 odadan oluşmaktadır ve toplam 16 yatağa sahiptir. Alanda 3 hemşire bulunmaktadır. Yeşil alanda ise 1 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi acil servislerine Aralık 2024 ile Nisan 2025 tarihleri arasında ağrı şikâyeti ile başvuran, en az 1 saat hastanede kalan hastalar oluşturmuş olup, araştırmanın örneklemi ise araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve gelişigüzel örnekleme (olasılıklı olmayan) yöntemi ile seçilen hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 ile yapılan güç analizi sonucunda belirlenmiş olup, $\alpha=0.05$, %99 güç ($1-\beta$) ile en az 475 katılımcının çalışmaya dahil edilmesi gerektiği belirlendi (2).

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Herhangi bir iletişim sorunu bulunmamak
- Acil servise ağrı şikâyeti ile başvurmuş ve taburculuk kararı verilmiş olmak
- Acilde en az bir saat kalıp hemşire ile etkileşimde bulunmak

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Acil servisin kırmızı(resüsitasyon) alanında bulunma
- İletişimi etkileyecek herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmak

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Anketi tamamlamak istememe, yarım bırakma ve anketi tamamlamayı engelleyecek acil bir durum gelişmesi

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, “Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)”, “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)”, “Kısa Ağrı Envanteri (KAE)” ve “Ağrı İnançları Ölçeği” kullanıldı.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-5)

Araştırmacının literatür taraması sonucunda oluşturulan bu formda, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık durumu, var ise kronik hastalığının ne olduğu, daha önce acil servise başvurma durumu, acil serviste ne kadar süredir bulunduğu, ağrısının ne kadar süredir var olduğu, ağrı deneyimleme sıklığının nasıl olduğu, refakatçi varlığı, bulunduğu hastaneyi tekrar tercih etme durumu gibi ilgili sorular içeren toplam 15 soru yer aldı (125, 126).

3.4.2. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ) (Ek-6)

Ölçek, acil servise gelen hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve değerlendirmek için Mohammed Atari ve Maryam Atari tarafından geliştirildi (127). Ölçeğin 2022 yılında Konateke ve Yılmaz tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldı (128). Ölçek 4’lü likert tipte ve 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “1-tamamen katılmıyorum ile 4-tamamen katılıyorum” arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin “hemşire memnuniyeti”, “hasta kabul memnuniyeti”, “acil servis ortamı”, “hekim tedavi memnuniyeti” ve “genel hasta memnuniyeti” olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçekten alınacak puan 18-72 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puan memnuniyet düzeyini göstermektedir. Ölçek toplam puanı yükseldikçe memnuniyet artmaktadır. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.94 olup, bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak belirlendi.

3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) (Ek-7)

Bakım Davranışları Ölçeği-24, Wu ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen, “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)’nin kısa versiyonudur (129). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kurşun ve Kanan tarafından

yapılan BDÖ-24, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (130). BDÖ-24, hem hemşirelerin kendilerini değerlendirmelerini hem de hastaların hemşirelik bakımına yönelik hasta algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. BDÖ-24, Güvence (16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), “Bilgi-Beceri” (9, 10, 11, 12, 15), “Saygılı Olma” (1, 3, 5, 6, 13, 19) ve “Bağlılık” (2, 4, 7, 8, 14) olmak üzere dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 6 dereceli Likert tipi bir yapıdadır ve her maddeye “1 = Asla”, “2 = Hemen hemen asla”, “3 = Bazen”, “4 = Genellikle”, “5 = Çoğu zaman” ve “6 = Her zaman” şeklinde puan verilmektedir. Toplam ölçek puanı, 24 maddenin her birine verilen puanların toplanarak 24’e bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Bu işlem sonucunda 1 ile 6 arasında değişen bir ortalama puan elde edilmektedir. Alt boyutlara ilişkin puanlar ise, her bir alt boyutta yer alan maddelerin puanlarının toplanıp, ilgili alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Böylece her bir alt boyut için de 1 ile 6 arasında değişen puanlar hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanı ve alt boyut puanlarının yüksek olması, bireyin hemşirelik bakım davranışlarını olumlu algıladığını ve bakım algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin toplam puanı için Cronbach alfa değeri hastalarda 0.97, hemşirelerde 0.96; alt boyutlar için ise hastalarda 0.89-0.93 hemşirelerde 0.81-0.94 arasında olduğu bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda ölçek toplam puanı için Cronbach alfa katsayısı 0.97 olup, Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma ve Bağlılık alt boyutlarının Cronbach alfa katsayılarının sırasıyla 0.95, 0.92, 0.93. ve 0.92 olduğu belirlendi.

3.4.4. Kısa Ağrı Envanteri (KAE) (Ek-8)

Ölçek, Cleeland ve Ryan tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olup (131) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2009 yılında Dicle ve Karayurt tarafından yapıldı (132). Kısa Ağrı Envanteri, iki alt boyuttan oluşmaktadır: “Ağrı Şiddeti Boyutu” ve “Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Boyutu”. Bu iki alt boyut toplam yedi madde içermektedir. Ölçekte, katılımcıların son 24 saat içerisindeki en şiddetli, en hafif, ortalama ve görüşme anındaki ağrı düzeyleri değerlendirilmektedir. Ağrı şiddeti, 0 ile 10 arasında derecelendirilen sayısal ağrı skalası kullanılarak ölçülmektedir (0 = Ağrı yok, 10 = Dayanılmaz ağrı). Ağrının günlük yaşam üzerindeki etkileri ise, yine 0-10 arasında derecelendirilen maddeler aracılığıyla değerlendirilmektedir. Bu kapsamda; genel aktivite durumu, emosyonel durum, diğer insanlarla ilişkiler, yürüme yeteneği, egzersiz yapabilme, uyku düzeni ve yaşamdan zevk alma durumu ele alınmaktadır. Her bir madde 0 = Hiç etkilenmedim, 10 = Tamamen etkilendim şeklinde puanlanmaktadır. Envanterde

ayrıca, bireyin ağrı hissettiği bölgeyi işaretleyebileceği vücut şeması yer almakta, analjezi sağlamak için kullanılan ilaç ya da yöntemler belirtilmekte ve son 24 saat içerisindeki ağrı tarifleri yüzdelik oranlarla ifade edilmektedir. Ağrı düzeyine ilişkin skorlamada; 1-4 arası hafif ağrı, 5-6 arası orta şiddette ağrı ve 7-10 arası şiddetli ağrı olarak sınıflandırılmaktadır (132). “Ağrı Şiddeti Boyutu” ve “Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Boyutu” alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.79 ve 0.80 olarak bulundu. Bizim araştırmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.88 olup, “Ağrı Şiddeti Boyutu” ve “Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Boyutu” alt boyutlarının Cronbach alfa katsayılarının sırasıyla 0.90 ve 0.85 olduğu belirlendi.

3.4.5. Ağrı İnançları Ölçeği (Ek-9)

Ölçek, 1992 yılında Edwards ve arkadaşları tarafından geliştirildi (133). Geçerlik güvenirlik çalışmasını ise 2006 yılında Sertel Berk tarafından yapıldı (134). Ölçeğin en önemli amacı ağrı kökenine ilişkin psikolojik ve organik atıflarını anlamaktır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanmış formu 6’lı likert tipi (1. “hiçbir zaman” ile 6. “Her zaman” arasında değişen) ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin “Organik İnançlar (1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11. maddeler) ve “Psikolojik İnançlar (4, 6, 9, 12. maddeler)” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin puanlaması, her alt boyut için toplam puan o alt boyuttaki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Orijinal ölçeğin ‘Organik İnançlar’ ve ‘Psikolojik İnançlar’ alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.71 ve 0.73 olarak bulunmuş olup, bizim araştırmamızda ise 0.85 ve 0.74 olduğu belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2024- Nisan 2025 tarihleri arasında acil servisten taburculuk kararı verilen hastalardan toplandı. Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında açıklama yapılarak yazılı onamları alındı. Belirtilen veri toplama araçları dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalara birebir görüşülerek uygulandı. Anketi kendi başına doldurabilecek yeterlilikte olan katılımcılar verileri araştırmacı gözetiminde kendileri doldurdu, anketi kendi başına dolduramayacak durumda olan katılımcılara ise sorular araştırmacı tarafından okundu. Katılımcıların verdikleri yanıtlar formlara araştırmacı tarafından kaydedildi. Ayrıca çalışma, her bir katılımcıya bireysel olarak açıklanmış; sorusu olan katılımcıların soruları yanıtlanarak olası yanlış anlamaların önüne geçildi. Anketin doldurulma süresi 20-30 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği ve Bakım Davranışları-24 Ölçeği puanları

Bağımsız Değişkenler: hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık durumu özellikleri, Kısa Ağrı Envanteri, Ağrı İnançları Ölçeği puanları

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS for Windows 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Analizlerde sayılar, yüzdelikler, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma istatistiklerinden yararlanıldı.

Verilerin normallik varsayımına uygunluğu, Kurtosis ve Skewness katsayılarının ± 2 aralığında olup olmadığına göre değerlendirildi (135). Normal dağılım gösteren ölçümlerde, iki grup arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız Gruplarda t Testi, üç ve daha fazla grup arasındaki farkların incelenmesinde ise varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Varyansların homojen olduğu durumlarda LSD testi, homojenliğin sağlanmadığı durumlarda ise Dunnet C testi ileri analiz yöntemi olarak uygulandı. Ölçeklerin iç tutarlılığı (güvenirliği) Cronbach α katsayısı ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile incelendi. Korelasyon katsayısının gücü; $r \geq 0.7$ için güçlü, $0.5 \leq r < 0.7$ için orta derecede güçlü, $0.3 \leq r < 0.5$ için zayıf ve $r < 0.3$ için çok zayıf korelasyon olarak yorumlandı (187).

Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutlarının Bakım Davranışları Ölçeği ve Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz öncesinde regresyon varsayımları olan normallik, doğrusallık, uç değerlerin varlığı, hata terimlerinin bağımsızlığı ve çoklu doğrusal bağlantı sorunları değerlendirilmiş; dağılımların normal sınırlarda olduğu, Durbin–Watson değerlerinin hata terimlerinin bağımsızlığına işaret ettiği ve VIF ile tolerans değerlerinin kabul edilebilir aralıklarda bulunduğu belirlenmiştir. Tüm bağımsız değişkenler aynı anda modele dâhil edilerek enter yöntemi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu (EK-2)

Araştırma başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 02.12.2024 tarihli 2024/46-15 sayılı

karar ile yazılı izin alındı. Araştırma ‘gizlilik ve gizliliğin korunması’, “özerkliğe saygı” ilkesi’ ve ‘İnsan onuruna saygı’ ilkeleri ve Helsinki Deklarasyonu’na uygun olarak yürütüldü. Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden yazılı izin alındı. Araştırmaya katılacak hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onam alınmış ve gönüllü olanlar araştırmaya dahil edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, veriler tek bir zamanda acil servisi ziyaret eden kişilerden toplandığı için zaman içindeki değişiklikleri yansıtmada sınırlıdır. Ağrı deneyimi ve hemşirelik bakımı memnuniyeti, hastaların sözlü ifadeleri ve anket yoluyla elde edilen öznel algıları doğrultusunda değerlendirilmiştir, bu nedenle kişisel yorum farklılıkları, anlık ruh hali ve hatırlama önyargısı nedeniyle ölçüm hatası meydana gelebilir. Anket bireyler tarafından doldurulmuş ve tüm değişkenler aynı veri toplama yöntemi ile elde edildiğinden, çalışmada ortak yöntem önyargısı olasılığı bulunmaktadır; bu durum, değişkenler arasındaki ilişkilerin gerçekte olduğundan daha güçlü veya daha zayıf görünmesine neden olabilir. Ayrıca, çalışmanın genelleştirilebilirlik açısından sınırlılığı, verilerin yalnızca tek bir kurumun acil servisinden toplanmış olması ve acil servis ortamının yoğun, stresli ve dikkat dağıtıcı doğasının katılımcıların yanıtlarının doğruluğunu etkilemiş olabileceğidir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de acil servise başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri sunuldu. Buna göre hastaların %50.5’i kadındır, %70.3’ü evlidir, %35.6’sı ilkokul mezunudur ve %63.8’i çalışmamaktadır. Hastaların %50.5’inin geliri giderinden azdır, %38.5’i il merkezinde yaşamaktadır ve ortalama yaş 46.95 ± 18.61 ’dir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=475)

			n	%
Cinsiyet	Kadın		240	50.5
	Erkek		235	49.5
Medeni Durum	Evli		334	70.3
	Bekar		141	29.7
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil		95	20.0
	İlköğretim		169	35.6
	Lise		94	19.8
	Üniversite ve üstü		117	24.6
Meslek	Çalışıyor		172	36.2
	Çalışmıyor		303	63.8
Gelir Durumu	Gelir giderden az		240	50.5
	Gelir gidere eşit		196	41.3
	Gelir giderden yüksek		39	8.2
Yaşanılan Yer	İl		183	38.5
	İlçe		127	26.7
	Kasaba		30	6.3
	Köy		135	28.4
Sayısal Değişkenler	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş (yıl)	18.00	88.00	46.95	18.61

Tablo 4.2’de acil servise başvuran hastaların tıbbi özellikleri sunuldu. Buna göre hastaların %65.7’si yeşil alanda tedavi almıştır ve %70.9’u daha önce acil serviste tedavi almıştır. %62.1’inin kronik hastalığı vardır, %40.3’ünün hipertansiyonu vardır. Hastaların %36.2’si nadiren ağrısı olduğunu bildirmiştir, %62.7’sinin refakatçisi vardır

ve %81.3'ü bu hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünmektedir. Hastaların ağrı süresi ortalama 16.03 ± 22.73 saat, hastanede kalma süresi ortalama 3.07 ± 1.68 saat olarak belirlendi.

Tablo 4.2. Katılımcıların Tıbbi Özellikleri (n=475)

Değişkenler		n	%	
Acil Servis Kabul Alanı	Yeşil	312	65.7	
	Sarı	163	34.3	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	295	62.1	
	Hayır	180	37.9	
Mevcut Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	119	40.3	
	Diabetüs mellitüs	64	21.7	
	Kronik böbrek yetmezliği	30	10.2	
	KOAH	26	8.8	
	Diğer*	56	19.0	
Daha Önce Acil Servis Deneyimi	Evet	337	70.9	
	Hayır	138	29.1	
Ağrı Deneyim Sıklığı	Hiç olmaz	127	26.7	
	Nadiren olur	172	36.2	
	Sık sık olur	138	29.1	
	Her zaman olur	38	8.0	
Refakatçisi Olma Durumu	Evet	298	62.7	
	Hayır	177	37.3	
Bu Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeyi Düşünme	Evet	386	81.3	
	Hayır	89	18.7	
	Min.	Max.	Ort.	SS.
Ağrı süresi (saat)	1.00	168.00	16.03	22.73
Hastanede bulunma süresi (saat)	1.00	8.00	3.07	1.68

Diğer*: Migren, Bel Fıtığı, Kanser

Tablo 4.3'de Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği -24 ve alt boyutlardan alınan puanların dağılımı sunuldu. Buna göre hastalar, Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçek toplamından 48.32 ± 14.23 puan almışlardır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde hastaların “hemşire memnuniyeti” alt boyutundan 11.70 ± 3.46 , “hasta kabul personeli memnuniyeti” alt boyutundan 5.39 ± 1.86 , “acil servis ortamı” alt boyutundan 7.27 ± 2.85 , “hekim tedavi memnuniyeti” alt boyutundan 11.18 ± 3.44 ve “genel hasta memnuniyeti” alt boyutundan 12.78 ± 4.45 puan aldıkları belirlendi.

Hastalar, Bakım Davranışları Ölçek toplamından 3.85 ± 1.14 puan almışlardır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde hastaların “güvence” alt boyutundan 3.65 ± 1.28 , “bilgi- beceri” alt boyutundan 4.37 ± 1.26 , “saygılı olma” alt boyutundan 3.79 ± 1.19 ve “bağlılık” alt boyutundan 3.74 ± 1.22 puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach α
Hemşire Memnuniyeti	4.00	16.00	11.70	3.46	0.949
Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti	2.00	8.00	5.39	1.86	0.919
Acil Servis Ortamı	3.00	12.00	7.27	2.85	0.896
Hekim Tedavi Memnuniyeti	4.00	16.00	11.18	3.44	0.919
Genel Hasta Memnuniyeti	5.00	20.00	12.78	4.45	0.949
Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı	18.00	72.00	48.32	14.23	0.975
Güvence	1.00	6.00	3.65	1.28	0.955
Bilgi- Beceri	1.00	6.00	4.37	1.26	0.922
Saygılı Olma	1.00	6.00	3.79	1.19	0.932
Bağlılık	1.00	6.00	3.74	1.22	0.927
Bakım Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	1.00	6.00	3.85	1.14	0.975

Tablo 4.4’te Kısa Ağrı Envanteri ölçeğine göre hastaların ağrı deneyimi sonuçları sunulmuştur. Hastaların “ağrı şiddeti” alt boyutundan 5.32 ± 1.80 puan aldığı belirlendi. Kısa ağrı envanteri ağrı şiddeti ölçümlerinin kesme noktalarına göre katılımcıların %55.8’inde hafif şiddette ağrısı olduğu bulundu.

Hastaların “ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi” alt boyutundan 4.75 ± 2.32 puan aldığı belirlenmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri maddeleri incelendiğinde puan ortalamaları genel aktivite durumu için 6.97 ± 2.43 , emosyonel durum için 6.30 ± 2.93 , yürüyebilme için 4.32 ± 3.62 , derin solunum ve öksürük egzersizi için 2.31 ± 3.21 , diğer insanlarla ilişkiler için 3.77 ± 3.23 , uyuma için 5.36 ± 3.45 ve yaşamdan zevk alma için 4.21 ± 3.25 olarak belirlendi.

Kısa Ağrı Envanteri bağımsız soruları incelendiğinde son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma yüzdesi 53.33 ± 16.71 , şu anki ağrı ortalaması ise 4.38 ± 2.08 olduğu belirlendi. Bugünkü ağrının her zaman yaşanan ağrı çeşitlerinden (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi) %52.4 oranında farklı olduğu en çok ağrıyan bölgenin %23.4 ile baş boyun bölgesi olarak işaretlendiği, ağrı için %78.9 oranında non-opioid ilaçlar alındığı ve nonopioidlerin de %45 NSAİİ olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. Kısa Ağrı Envanteri ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.-Max.	Ort.	SS.	Cronbach α
Ağrı Şiddeti ortalaması	1.50-10.00	5.32	1.80	0.904
Ağrı Şiddeti Oranı		n	%	
• Hafif Ağrı		265	55.8	
• Orta Şiddette Ağrı		143	30.1	
• Şiddetli Ağrı		67	14.1	
Bugünkü ağrının her zaman yaşanan ağrı çeşitlerinden (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi) farklılık durumu	Evet Hayır	249 226	52.4 47.6	
Şu anki ağrı	0-10	4.38	2.08	
Son 24 saatte, ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma yüzdesi	10-100	53.33	16.71	
Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkilemesi	0.57-10.00	4.75	2.32	0.854
Genel aktivite durumu	0-10	6.97	2.43	
Emosyonel durum	0-10	6.30	2.93	
Yürüyebilme	0-10	4.32	3.62	
Derin Solunum ve öksürük egzersizi	0-10	2.31	3.21	
Diğer insanlarla ilişkiler	0-10	3.77	3.23	
Uyuma	0-10	5.36	3.45	
Yaşamdan zevk alma	0-10	4.21	3.25	
En çok ağrıyan bölge	Baş-boyun	111	23.4	
	Göğüs	60	12.6	
	Üst abdomen	39	8.2	
	Alt abdomen	67	14.1	
	Üst ekstremité	67	14.1	
	Alt ekstremité	44	9.3	
	Yan ağrısı	38	8.0	
	Sırt ağrısı	49	10.3	
Acil Serviste ağrı için alınan ilaçlar	Nonopioid	375	78.9	
	- Parasetamol	173	41.6	
	- Parasetamol+NSAİİ	56	13.5	
	- NSAİİ	187	45.0	
	Nonopioid+ zayıf opioid	42	8.8	
	Zayıf opioid	58	12.2	

NSAİİ= Non-steroidal antiinflatuar ilaçlar.

Tablo 4.5’te Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutlardan alınan puanların dağılımı sunulmuştur. Hastalar, Ağrı İnançları Ölçeği’nin “organik inançlar” alt boyutundan 2.70 ± 0.94 ve “psikolojik inançlar” alt boyutundan 2.20 ± 0.82 puan almışlardır.

Tablo 4.5. Ağrı İnançları Ölçeği Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı (n=475)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach α
Organik İnançlar	1.00	5.00	2.70	0.94	0.855
Psikolojik İnançlar	1.00	5.00	2.20	0.82	0.747

Tablo 4.6’da Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği kolerasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Şu anki ağrı puanı ve ağrının günlük aktivitleri etkilemesi aktiviteler maddelerinden diğer insanlarla ilişkiler maddesi ile “Bilgi-Beceri” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkilemesi alt boyutu maddelerinden emosyonel durum ile “Bakım Davranışları” toplam puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Yine yaşamadan zevk alma ile “Bakım Davranışları” toplam puanları ve “Bilgi-Beceri” ve “Saygılı Olma” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Son 24 saatte, ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma yüzdesi ile “Bakım Davranışları” toplam puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$).

Organik inançlar puanı ile “Bilgi-Beceri” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Psikolojik inançlar puanı ile “Bakım Davranışları” ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$).

Tablo 4.6. Kısa Ağrı Envanteri, Ağrı İnançları Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 Ölçeği Arasındaki İlişki (n=475)

		Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	Ölçek Toplam Puanı
Ağrı Şiddeti	r	-0.021	-0.090	-0.053	-0.045	-0.037
	p	0.647	0.050	0.251	0.331	0.426
Şu anki ağrı şiddeti	r	-0.018	-0.114*	-0.004	0.028	-0.014
	p	0.702	0.013	0.929	0.549	0.753
Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkilemesi	r	-0.007	-0.062	-0.026	-0.016	-0.028
	p	0.871	0.175	0.566	0.727	0.547
Genel aktivite durumu	r	-0.039	-0.049	-0.023	-0.015	-0.035
	p	0.402	0.290	0.611	0.747	0.445

Emosyonel durum	r	-0.110*	-0.098*	-0.121**	-0.115*	-0.121**
	p	0.017	0.033	0.008	0.012	0.008
Yürüye bilme	r	-0.106*	-0.038	-0.100*	-0.065	-0.089
	p	0.021	0.404	0.029	0.157	0.051
Derin Solunum ve öksürük egzersizi	r	-0.061	-0.009	-0.049	-0.063	-0.048
	p	0.186	0.843	0.288	0.171	0.300
Diğer insanlarla ilişkiler	r	-0.001	-0.094*	-0.035	-0.018	-0.036
	p	0.977	0.041	0.441	0.690	0.440
Uyuma	r	-0.060	-0.052	-0.061	-0.035	-0.059
	p	0.189	0.254	0.183	0.448	0.202
Yaşamdan zevk alma	r	-0.080	-0.145**	-0.100*	-0.067	-0.105*
	p	0.081	0.002	0.030	0.144	0.023
Son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma yüzdesi	r	0.364**	0.352**	0.388**	0.434**	0.417**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Ağrı İnançları Ölçeği Organik İnançlar Boyutu	r	0.056	0.107	0.068	0.076	0.081
	p	0.221	0.019	0.137	0.096	0.078
Ağrı İnançları Ölçeği Psikolojik İnançlar Boyutu	r	0.170	0.152	0.230	0.228	0.210
	p	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

Tablo 4.7’de Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkilemesi alt boyutu maddelerinden Genel aktivite durumu ile “Hemşire Memnuniyeti”, emosyonel durum ve yaşamdan zevk alma ile “Hemşire Memnuniyeti” ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yine bu alt boyutta yer alan yürüye bilme ile “Hemşire Memnuniyeti”, Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti ve acil servis ortamı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Derin solunum ve öksürük egzersizi ile tüm alt boyutlar ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Son 24 saatte, ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma yüzdesi ile “Acil Servis Hasta Memnuniyeti” toplam puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Organik inançlar puanı ile “Bilgi- Beceri” puanı, acil servis ortamı, hekim tedavi memnuniyeti ve acil servis hasta memnuniyeti toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Psikolojik inançlar puanı ile acil servis memnuniyet ölçeği toplam puanları ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Arasındaki İlişki (n=475)

		Hemşire Memnuniyeti	Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti	Acil Servis Ortamı	Hekim Tedavi Memnuniyeti	Genel Memnuniyet	Ölçek Toplam Puanı
Ağrı şiddeti	r	-0.045	-0.004	-0.025	-0.011	-0.031	-0.029
	p	0.330	0.938	0.590	0.809	0.494	0.530
Şu anki Ağrı	r	-0.080	-0.001	-0.001	-0.039	-0.024	-0.037
	p	0.082	0.984	0.982	0.400	0.604	0.426
Ağrının Günlük Yaşam	r	-0.003	-0.061	-0.081	-0.016	-0.046	-0.035
Aktivitelerini Etkilemesi	p	0.942	0.186	0.078	0.728	0.318	0.440
Genel aktivite durumu	r	-0.091*	-0.067	-0.053	-0.025	-0.036	-0.047
	p	0.047	0.145	0.247	0.584	0.429	0.308
Emosyonel durum	r	-0.093*	-0.056	-0.084	-0.088	-0.084	-0.095*
	p	0.042	0.220	0.068	0.055	0.066	0.039
Yürüyebilme	r	-0.098*	-0.146**	-0.098*	-0.006	-0.078	-0.088
	p	0.033	0.001	0.033	0.894	0.090	0.055
Derin Solunum ve öksürük egzersizi	r	-0.135**	-0.205**	-0.224**	-0.115*	-0.180**	-0.189**
	p	0.003	0.000	0.000	0.012	0.000	0.000
Diğer insanlarla ilişkiler	r	-0.066	-0.019	0.025	-0.061	-0.011	-0.032
	p	0.150	0.681	0.584	0.181	0.816	0.490
Uyuma	r	-0.007	0.024	0.121**	0.036	0.090	0.062
	p	0.880	0.603	0.009	0.440	0.051	0.176
Yaşamdan zevk alma	r	-0.136**	-0.067	-0.043	-0.079	-0.070	-0.092*
	p	0.003	0.142	0.355	0.087	0.126	0.046
Son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma	r	.301**	.371**	.286**	.355**	.326**	.367**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ağrı İnançları-Organik İnançlar Boyutu	r	0.069	0.080	0.094	0.228	0.061	0.120
	p	0.133	0.080	0.040	0.000	0.187	0.009
Ağrı İnançları-Psikolojik İnançlar Boyutu	r	0.202	0.168	0.158	0.242	0.156	0.210
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.001	0.000

*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi en çok ağrıyan bölge değişkenine göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeğine ait toplam puan ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). En çok ağrıyan bölgeye göre farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); sırt ağrısı ile yan ağrısı, alt ekstremitte ağrısı ve göğüs ağrısı olan hastaların puan ortalaması arasında farklılık görüldü. Sırt bölgesinde ağrısı bulunanların puan ortalaması istatistiksel olarak daha düşük bulundu. Kısa Ağrı Envanteri ağrı şiddeti oranı, bugünkü ağrının her zaman yaşanılan ağrı çeşitlerinden (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi) farklılık durumu ve ağrı için alınan ilaçlar değişkenlerine göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği

toplam puan ortalamasına ilişkin farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Bakım Davranışları Ölçeğine ait toplam puan ortalaması en çok ağrıyan bölge ve ağrı için kullanılan ilaçlar değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). En çok ağrıyan bölgeye göre farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); sırt ağrısı ile alt ekstremité ağrısı olan hastaların puan ortalaması arasında farklılık görüldü. Sırt bölgesinde ağrısı bulunan hastaların puan ortalaması istatistiksel olarak daha düşük bulundu. Kısa Ağrı Envanteri ağrı şiddeti oranı ve bugünkü ağrının her zaman yaşanan ağrı çeşitlerinden (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi) farklılık durumu ve ağrı için alınan ilaçlar değişkenlerine göre Bakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Kısa Ağrı Envanteri Ölçeğinden Elde Edilen Ağrı Deneyimlerine Göre Bakım Davranışları Ölçeği -24 ve Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=475)

			Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği			Bakım Davranışları Ölçeği		
			Ort.	SS.	F/p	Ort.	SS.	F/p
Kısa Ağrı Envanteri Ağrı Şiddeti Oranı	Hafif Ağrı	265 (55.8)	47.83	13.69	1.537	3.85	1.10	0.555
	Orta Şiddette Ağrı	143 (30.1)	49.95	13.08	0.216	3.91	0.92	0.574
	Şiddetli Ağrı	67 (14.1)	46.70	18.06		3.73	1.59	
Bugünkü ağrının her zaman yaşanan ağrı çeşitlerinden (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi) farklılık durumu	Evet	249 (52.4)	48.82	14.65	0.822	3.89	1.26	0.885
	Hayır	226 (47.6)	47.75	13.75	0.411	3.80	0.98	0.377
En çok ağrıyan bölge	Baş-boyun ¹	111 (23.4)	49.18	13.37	3.256	3.77	.96	2.747
	Göğüs ²	60 (12.6)	52.26	12.69	0.002* (8<2)	4.03	1.08	0.008* (8<6)
	Üst abdomen ³	39 (8.2)	45.56	13.81		4.01	1.19	
	Alt abdomen ⁴	67 (14.1)	48.80	14.98		3.95	1.17	
	Üst ekstremité ⁵	67 (14.1)	46.17	14.81		3.67	.97	
	Alt ekstremité ⁶	44 (9.3)	51.79	12.12		4.28	.91	
	Yan ağrısı ⁷	38 (8.0)	49.86	15.67		3.85	1.41	
	Sırt ağrısı ⁸	49 (10.3)	41.61	14.65		3.40	1.40	
Acil serviste ağrı için alınan ilaçlar	Nonopioid	375 (78.9)	48.34	14.66	0.010	3.82	1.14	0.811
	Nonopioid+ zayıf opioid	42 (8.8)	48.40	13.75	0.990	4.04	1.22	0.445
	Zayıf opioid	58 (12.2)	48.06	11.67		3.92	0.99	

Ort: ortalama, SS: standart sapma F: Varyans analizi, p: anlamlılık düzeyi, * $p<0.05$

Kısa ağrı envanteri ve Ağrı İnançları ölçeğinin alt boyut puanlarının Bakım Davranışları puanına etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.9'de sunuldu. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği değişkenlerinin Bakım Davranışları toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Model, bakım davranışları puanındaki varyansın %24.71'sin açıklamaktadır ($R^2=0.266$; Adjusted $R^2=0.247$; $F=13.935$; $p<0.001$). Modele dahil edilen değişkenlerden şu anki ağrı düzeyi ($\beta=0.160$; $p=0.003$), genel aktivite durumu ($\beta=0.133$; $p=0.034$), yaşamdan zevk alma ($\beta=-0.173$; $p=0.019$), son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma durumu ($\beta=0.434$; $p<0.001$) ve psikolojik inançlar ($\beta=0.224$; $p<0.001$) bakım davranışları puanı üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Buna karşılık ağrı şiddeti, emosyonel durum, yürüyebilme, derin solunum ve öksürük egzersizi, diğer insanlarla ilişkiler, uyuma ve organik inançlar değişkenlerinin bakım davranışları puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bulgular, özellikle ağrı tedavisinin etkililiği ve psikolojik inançların bakım davranışlarının en güçlü yordayıcıları olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeğinin Bakım Davranışları Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi ($n=475$)

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit katsayı	1.622	0.313		5.186	0.000	1.007	2.236
Ağrı şiddeti	-0.052	0.034	-0.082	-1.530	0.127	-0.120	0.015
Şu anki ağrı	0.087	0.029	0.160	3.019	0.003	0.030	0.144
Genel aktivite durumu	0.062	0.029	0.133	2.123	0.034	0.005	0.120
Emosyonel durum	-0.046	0.025	-0.119	-1.836	0.067	-0.096	0.003
Yürüyebilme	0.032	0.017	0.103	1.886	0.060	-0.001	0.066
Derin Solunum ve öksürük egzersizi	0.009	0.018	0.026	0.512	0.609	-0.026	0.044
Diğer insanlarla ilişkiler	0.041	0.025	0.116	1.636	0.102	-0.008	0.089
Uyuma	0.003	0.018	0.009	0.164	0.870	-0.033	0.039
Yaşamdan zevk alma	-0.060	0.026	-0.173	-2.355	0.019	-0.111	-0.010
Son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma	0.029	0.003	0.434	9.956	0.000	0.024	0.035
Organik İnançlar	-0.087	0.071	-0.072	-1.220	0.223	-0.227	0.053
Psikolojik İnançlar	0.310	0.078	0.224	3.997	0.000	0.158	0.463
Model Anlamlılığı	$R^2= 0.266$ Adjusted $R^2= 0.247$ $F=13.935$ $p=0.000$						

Predictors: (Constant), Ağrı şiddeti, şu anki ağrı, Genel aktivite durumu, Emosyonel durum, Yürüyebilme, Derin Solunum ve öksürük egzersizi, Diğer insanlarla ilişkiler, Uyuma, Yaşamdan zevk alma, Psikolojik İnançlar, Organik İnançlar, Dependent Variable: Bakım Davranışları Ölçeği

Kısa ağrı envanteri ve Ağrı İnançları ölçeğinin alt boyut puanlarının Acil Servis Hasta Memnuniyeti puanına etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.10’de sunuldu. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği değişkenlerinin Acil Servis Hasta Memnuniyeti toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F = 14.307$; $p < 0.001$). Model, acil servis hasta memnuniyeti puanındaki varyansın %25.2’sini açıklamaktadır ($R^2 = 0.271$; Adjusted $R^2 = 0.252$). Analiz sonuçlarına göre derin solunum ve öksürük egzersizi ($\beta = -0.243$; $p < 0,001$), Uyuma ($\beta = -0.17$ $p = 0.002$), yaşamdan zevk alma ($\beta = -0.280$; $p < 0,001$), son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma durumu ($\beta = 0.360$; $p < 0,001$) ve psikolojik inançlar ($\beta = 0.147$; $p < 0,001$) acil servis memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir. Buna karşılık ağrı şiddeti, şu anki ağrı şiddeti, emosyonel durum, yürüyebilme, diğer insanlarla ilişkiler ve organik inançlar değişkenlerinin acil servis hasta memnuniyet puanı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeğinin Acil Servis Hasta Memnuniyet Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi (n=475)

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit katsayı	18.972	3.903		4.860	0.000	11.301	26.642
Ağrı şiddeti	-0.192	0.427	-0.024	-0.449	0.654	-1.032	0.648
Şu anki ağrı	-0.325	0.360	-0.048	-0.903	0.367	-0.382	1.033
Genel aktivite durumu	-0.961	- 0.365	-0.164	-2.631	0.009	0.243	1.679
Emosyonel durum	-0.412	0.314	-0.085	-1.312	0.190	-1.030	0.205
Yürüyebilme	-0.331	0.214	-0.084	-1.549	0.122	-0.089	0.752
Derin Solunum ve öksürük egzersizi	-1.075	0.221	-0.243	-4.877	0.000	-0.642	1.509
Diğer insanlarla ilişkiler	-0.091	0.309	-0.021	-0.293	0.770	-0.698	0.517
Uyuma	-0.707	0.229	-0.171	-3.085	0.002	-0.257	1.157
Yaşamdan zevk alma	-1.222	0.320	-0.280	-3.820	0.000	-1.851	-0.593
Son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma	0.306	0.037	0.360	8.285	0.000	0.234	0.379
Organik İnançlar	0.395	0.888	0.026	0.445	0.656	-1.349	2.140
Psikolojik İnançlar	2.549	.969	0.147	2.631	0.009	0.645	4.453
	$R^2 = 0.271$	Adjusted $R^2 = 0.252$	$F = 14.307$	$p = 0.000$			

Predictors: (Constant), Ağrı şiddeti, şu anki ağrı, Genel aktivite durumu, Emosyonel durum, Yürüyebilme, Derin Solunum ve öksürük egzersizi, Diğer insanlarla ilişkiler, Uyuma, Yaşamdan zevk alma, Psikolojik İnançlar, Organik İnançlar, Dependent Variable: Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, meslek ve yaşanılan yere göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeğine ait toplam puan ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). Buna göre çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Yaşanılan yere göre farkın kaynaklandığını grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C); ilde yaşayanların puanlarının, ilçede yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyine göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Bakım Davranışları Ölçeğine ait toplam puan ortalaması, cinsiyet ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). Buna göre erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. Gelir düzeyine göre farkın kaynaklandığını grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük olduğu belirlendi. Medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve yaşanılan yere göre Bakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Demografik özelliklere göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları-24 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=475)

		Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği			Bakım Davranışları Ölçeği	
		n	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	240	47.33	15.45	3.72	1.13
	Erkek	235	49.33	12.82	3.99	1.13
	Test ve Önemlilik	t=-1.539 p=0.125			t=-2.639 p=0.009	
Medeni Durum	Evli	334	48.18	14.19	3.83	1.15
	Bekar	141	48.63	14.36	3.91	1.09
	Test ve Önemlilik	t=-0.314 p=0.754			t=-0.646 p=0.519	
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	95	48.45	14.88	3.83	1.06
	İlköğretim	169	49.76	14.27	3.91	1.20
	Lise	94	47.41	13.68	3.76	1.02
	Üniversite ve üstü	117	46.84	14.03	3.87	1.19
	Test ve Önemlilik	F=1.134 p=0.335			F=0.352 p=0.788	
Meslek	Çalışıyor	172	45.05	13.54	3.78	1.23
	Çalışmıyor	303	50.17	14.30	3.90	1.08
	Test ve Önemlilik	t=-3.827 p=0.000			t=-1.021 p=0.308	
Gelir Durum	Gelir giderden az	240	47.28	14.67	3.68	1.18
	Gelir gidere eşit	196	49.36	13.70	4.00	1.01
	Gelir giderden yüksek	39	49.46	13.97	4.19	1.30
	Test ve Önemlilik	F=1.290 p=0.276			F=6.160 p=0.002	
Yaşanılan Yer	İl	183	50.39	14.76	183 4.01	1.20
	İlçe	127	44.89	11.89	127 3.69	0.89

Kasaba	30	49.40	10.06	30	3.79	1.01
Köy	135	48.49	15.75	135	3.81	1.26
Test ve Önemlilik	F=3.883 p= 0.009			F=2.075 p=0.103		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, p: anlamlılık düzeyi, * p<0.05

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, acil servis kabul alanı, kronik hastalık varlığı, mevcut kronik hastalıklar, ağrı deneyim sıklığı, refakatçisi olma durumu ve bu hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünme durumuna göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Buna göre sarı alandakilerin ve kronik hastalığı olanların Acil Servisten Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksektir. Mevcut kronik hastalıklara göre farkın kaynaklandığını grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); DM’si olanların puanlarının, HT, KBY, KOAH ve diğer hastalığı olanlardan düşük olduğu belirlendi. Ayrıca KBY’i olanların puanları HT, DM, KOAH ve diğer hastalığı olanlardan yüksektir. Ağrı deneyim sıklığı için yapılan ileri analizde (LSD); nadiren olur yanıtı verenlerin puanlarının, hiç olmaz, sık sık olur ve her zaman olur yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Refakatçisi olanların ve bu hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Acil Servis Hasta Memnuniyet ölçek toplam puan ortalaması farkı daha önce acil servis deneyimine göre istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması farkı; acil servis kabul alanı, kronik hastalık varlığı, mevcut kronik hastalıklar, daha önce acil servis deneyimi, ağrı deneyim sıklığı, refakatçisi olma durumu ve bu hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Buna göre sarı alandakilerin ve kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Bu bağlamda bulunan kronik hastalıklara göre farkın kaynaklandığını grubu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); DM’si olanların puanlarının, HT, KBY ve diğer hastalığı olanlardan düşük olduğu belirlendi. Daha önce acil servis deneyimi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Ağrı deneyim sıklığı için yapılan ileri analizde (LSD); nadiren olur yanıtı verenlerin puanlarının, hiç olmaz, sık sık olur ve her zaman olur yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Refakatçisi olanların ve bu hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.12. Tıbbi Özelliklere Göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları- 24 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=475)

		Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği			Bakım Davranışları Ölçeği	
		n	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Acil Kabul Alanı	Yeşil	312	47.12	15.13	3.75	1.16
	Sarı	163	50.60	12.05	4.05	1.07
	Test ve Önemlilik	t=-2.731 p=0.007			t=-2.696 p=0.007	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	295	49.52	14.08	3.96	1.13
	Hayır	180	46.35	14.29	3.68	1.13
	Test ve Önemlilik	t=2.363 p=0.019			t=2.666 p=0.008	
Mevcut Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	119	50.95	13.45	4.22	1.14
	DM	64	42.09	13.47	3.44	1.13
	KBY	30	58.47	12.22	4.26	0.91
	KOAH	26	50.65	11.89	3.72	1.04
	Diğer	56	49.63	14.41	3.96	1.06
	Test ve Önemlilik	F=8.644 p=0.000			F=6.245 p=0.000	
Daha Önce Acil Servis Deneyimi	Evet	337	48.14	14.30	3.79	1.11
	Hayır	138	48.75	14.09	4.02	1.19
	Test ve Önemlilik	t=-0.429 p=0.668			t=-2.080 p=0.038	
Ağrı Deneyim Sıklığı	Hiç olmaz	127	48.55	14.00	3.96	1.19
	Nadiren olur	172	44.76	13.99	3.61	1.15
	Sık sık olur	138	50.81	14.05	4.00	1.05
	Her zaman olur	38	54.58	12.95	4.09	1.05
	Test ve Önemlilik	F=7.792 p=0.000			F=4.317 p=0.005	
Refakatçisi Olma Durumu	Evet	298	50.53	13.45	3.96	1.03
	Hayır	177	44.59	14.76	3.67	1.28
	Test ve Önemlilik	t=4.489 p=0.000			t=2.581 p=0.010	
Bu Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeyi Düşünme	Evet	386	52.05	11.69	4.14	0.93
	Hayır	89	32.13	12.91	2.61	1.12
	Test ve Önemlilik	t=14.198 p=0.000			t=11.934 p=0.000	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, p: anlamlılık düzeyi, * p<0.05

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi yaş ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçek puanı, Bakım Davranışları Ölçek puanı ve Kısa Ağrı Envanter puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Hastanede kalış süresi ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçek puanı arasında düşük düzeyli, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hastanede kalış süresi arttıkça Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçek puanı artmaktadır. Hastanede kalış süresi ile Bakım Davranışları Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Çeşitli Değişkenler ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği -24 Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği	Bakım Davranışları Ölçeği
Yaş*	r	0.043	0.032
	p	0.345	0.482
Hastanede bulunma süresi (saat)*	r	-0.095*	-0.052
	p	0.039	0.260

*Pearson korelasyon analizi, **Spearman korelasyon analizi.

5. TARTIŞMA

Acil servisler, toplumun her kesiminden bireylere hizmet veren küresel ölçekte en yoğun çalışma temposuna sahip olan servislerin başında gelmektedir. Bu özellikler sebebiyle hasta memnuniyeti ve verilen bakım, acil servis kalitesinin önemli çıktıları arasında yer almaktadır (105,109).

Araştırmamızda hastaların belirttikleri acil servis hasta memnuniyet puanları 48.32 ± 14.23 olup ortalamanın üzerinde memnuniyet duydukları belirlenmiştir. Ölçeğin tüm alt boyutları incelendiğinde; hemşire (11.70 ± 3.46) ve hekim memnuniyetinin (11.18 ± 3.44), hasta kabul personeli (5.39 ± 1.86), acil servis ortamı (7.27 ± 2.85) ve genel memnuniyetin (12.78 ± 4.45) ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer şekilde Türkiye’de Sarbay ve ark. acil serviste yapmış oldukları çalışmada hemşire ve hekim memnuniyetlerinin ortalamanın üzerinde olduğunu rapor etmiştir (136). Aynı şekilde Sri Lanka’da Kawiratne ve ark. ve Bangladeş’te Begum ve ark. yaptıkları araştırmalarda, acil servisteki ağrı yönetimine yönelik hasta memnuniyetinin orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (137,138). Araştırmamızdan farklı olarak Türkiye’de Kaplan ve ark., Suudi Arabistan’da Ghawni ve ark., Etiyopya’da Takalele ve ark. yaptıkları araştırmalarda acil serviste hasta memnuniyetinin yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (139-141). Ayrıca İtalya’da Zanza ve ark. yaptıkları araştırmalarda da düşük düzeyde memnuniyet bildirmiştir (142). Literatürde acil servis memnuniyetini farklı ölçeklerle ölçen araştırmalarda da Fas’ta Kasouati ve ark. hastaların kayıt karşılama sürecinden (%85.5) ve hemşirelerin bakım davranışlarından (%89) yüksek düzeyde memnuniyet duyduklarını bildirmişlerdir (143). Ayrıca Tunus’ta Abiadh ve ark.’nın araştırmasında etkili ağrı yönetimi yapılmayan hastaların genel memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur (144). Farklı olarak Portekiz’de yapılan nitel bir araştırmada ise hastaların acil servisin işleyişi açısından görüşleri alınmış ve genel anlamda hemşire ve hekimlerin iletişiminden yüksek düzeyde memnuniyet duydukları belirtilmiştir (145). Farklı araştırmalarda acil servis memnuniyet düzeylerinin değişkenlik göstermesinin, birden çok faktöre bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu farklılıkların; sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi, hizmete erişim kolaylığı, bekleme sürelerinin uzunluğu, sağlık personelinin tutum ve iletişim becerileri, fiziksel ortam koşulları ve hastaların bireysel beklentileri gibi etkenlerle ilişkili olabileceği göz önüne alınmalıdır. Ayrıca, sağlık sistemlerinin yapısal özellikleri, hasta yoğunluğu, kaynakların etkin kullanımı ve

sağlık çalışanlarının iş yükü gibi unsurların da hasta memnuniyetini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, sosyo-kültürel farklılıklar ve bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin çeşitlilik göstermesi de memnuniyet düzeylerindeki değişkenliğe katkıda bulunan önemli faktörler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, farklı çalışmalar arasında elde edilen memnuniyet düzeylerinin sadece hizmet kalitesiyle değil, aynı zamanda hizmetin sunulduğu bağlam, sistemsel dinamikler ve hasta profili ile ilişkili olduğunu öngörmekteyiz.

Araştırmamızda sosyo-demografik değişkenlerin acil servis memnuniyeti üzerindeki etkisinde, çalışmayan hastaların, şehir merkezinde yaşayanların acil servis memnuniyetinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farklı olarak Güney Kore’de Son ve ark. yaptıkları çalışmada çalışan hastaların daha yüksek memnuniyet düzeyi belirttiği gibi, İran’da da yapılan çalışmada kırsal kesimde yaşayan hastaların acil servis memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (146,147). Araştırmalar arasındaki farklılıkların, ülkeler arasındaki sosyo-kültürel yapılar, sağlık sistemlerine erişim olanakları ve hasta beklentilerindeki değişkenlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu faktörler, demografik değişkenlerin memnuniyet üzerindeki etkisini farklılaştırabilmektedir.

Araştırmamızda tıbbi özelliklerinin acil servis hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinde kronik hastalık varlığı, KBY tanısı bulunanların, sarı alanda izlenen hastaların, refakatçisi bulunan ve hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünenler ile ağrı deneyimi her zaman olanların acil servis memnuniyetinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Literatürde çalışmamızla benzer şekilde Galinski ve ark. ile Gana’da Adongo ve ark.’nın yaptıkları çalışmalarda da kronik hastalığı bulunanların acil servis memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (148,149). Araştırmamızdan farklı olarak Acar ve ark. ile Otani ve ark. yaptıkları çalışmada ise ağrı sıklığı az olanların acil servis memnuniyetinin yüksek olduğunu belirtmiştir (150,151). Kronik hastalığı olan bireylerin acil servis memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olmasının, bu hastaların sağlık sistemine daha aşina olmaları, hizmet süreçlerine dair beklentilerinin daha gerçekçi olması ve sağlık çalışanlarıyla daha sık iletişim kurmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle KBY hastalarının düzenli sağlık hizmeti alma alışkanlıkları ve sürekli tıbbi izlem gerektirmeleri, acil serviste sunulan hizmeti daha bilinçli değerlendirmelerine ve memnuniyet düzeylerinin artmasına neden olabilir. Dahası çalışmamızda ağrı deneyimi sürekli olan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha yüksek bulunması, bu hastaların sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç

duymaları ve acil servisten beklentilerinin, özellikle ağrı yönetimine odaklanması nedeniyle hizmetten daha tatmin edici sonuçlar almalarıyla ilişkili olabilir. Refakatçi varlığının ise hem hastanın psikolojik olarak daha güvende hissetmesini sağlaması hem de sağlık personeliyle iletişimde aracı rol üstlenerek hizmetin daha etkin yürütülmesine katkı sunması yoluyla memnuniyeti artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, hastaneye tekrar başvuran bireylerin önceki olumlu deneyimleri nedeniyle aynı kurumu tercih etmeleri, hizmetten memnuniyet algılarını güçlendirmiş olabilir. Literatürde bunun tersinin raporlanması ise, ağrısı az olan bireylerin tedavi sürecini daha olumlu değerlendirmeleriyle ve beklentilerinin daha kolay karşılanmasıyla açıklanabilir. Bu durum, ağrıya ilişkin memnuniyet algısının bireysel beklentiler ve deneyimlerle şekillenen öznel bir değerlendirme olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde, bu tıbbi ve sosyal değişkenlerin acil servis memnuniyetiyle ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır; bu yönüyle araştırmamız literatüre özgün katkı sağlamaktadır.

Araştırmamızda hastaların hastanede kalma süresinin artmasının, hastaların memnuniyet düzeyinin azalmasına neden olduğu belirlenmiştir ($r = -0.095$, $p = 0.039$). Literatürde araştırmamızla benzer bulgulara rastlanmıştır. Haringan ve ark.'nın çalışmasında acil servis süresi ile memnuniyetin ters orantılı olduğu belirlenmiştir (186). Benzer şekilde Fas'ta Kasouati ve arkadaşları, hastaların hastanede kalma sürelerinin bakım memnuniyetini azalttığını rapor etmişlerdir (143). Portekiz'de gerçekleştirilen nitel bir araştırmada uzun bekleme sürelerinin memnuniyet düzeylerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. (145). Uzun süreli yatışların hastalarda yorgunluk, stres ve tedaviye bağlı rahatsızlıkları artırması, ağrının şiddetlenmesine ve memnuniyetin düşmesine yol açabilir. Bu nedenle, hastanede kalma süresi ve ağrı yönetimi süreçlerinin dikkatle planlanması, hasta memnuniyetinin artırılması açısından önem taşımaktadır.

Bakım davranışları, hemşirelik uygulamalarının temel bileşenlerinden biri olup hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Hemşirelerin bakım sürecindeki tutum ve yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik kullanılan Bakım Davranışları Ölçeği, hasta merkezli hizmet sunumunun kalitesini ölçmede önemli bir araçtır (152). Araştırmamızda hastaların, hemşirelerin bakım davranışlarını algılama puanları ortalamanın üzerinde bulunmuştur (3.85 ± 1.14). Alt boyutlar incelendiğinde; güvence (3.65 ± 1.28), saygılı olma (3.79 ± 1.19) ve bağlılık puanlarının (3.74 ± 1.22) ortalamanın üzerinde olduğu, bilgi beceri alt boyutunun ise yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (4.37 ± 1.26). Literatürde araştırmamızla benzer şekilde Türkiye'de Akça Doğan ve ark., Özcan ve Kurşun, Çevik ve Eşer, Dursun Ergezen yaptıkları araştırmalarda

hasta bakım davranış puanlarının orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (153- 156). Ayrıca Çin’de He ve ark. hastanenin tüm bölümlerinde yaptıkları araştırmada hastaların bakım davranışları algı puanlarının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (157). Amerika Birleşik Devletleri’nde Nantz’in acil servisin travma ünitesinde yaptığı karma yöntemli bir araştırmada ise hasta yakınlarının bakım davranışları algısı orta düzeyde bulunmuştur (158). Dahası Türkiye’de Eroğlu da acil servis hastalarının bakım davranışları algılamalarının yüksek düzeyde anlamlı çıktığını rapor etmiştir (152). Ayrıca ABD’de Bucco’nun acil serviste yaptığı araştırmada da hastaların bakım davranışları algıları yüksek düzeyde saptanmıştır (159). İlgili literatürün ve araştırmamızda elde edilen olumlu algı puanları, hemşirelik bakım rollerinin kültürden ve mekândan bağımsız olarak değerlendirildiğini ve bakım davranışlarının evrenselleştigiğine işaret etmektedir. Bu durum hasta odaklı bakımın standartlaşmasından kaynaklı olabilir.

Araştırmamızda bakım davranışları ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanın bilgi ve beceri alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızla benzer şekilde literatürde cerrahi kliniklerde yapılan çalışmalarda bakım davranışlarının bilgi ve beceri alt boyutu puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (154-156,160). Ayrıca Yunanistan’da üç hastanenin acil servisi de dahil olmak üzere tüm servislerinde yapılan bir araştırmada hastaların en önemli bakım davranışı algısı hemşirelerin bilgi- beceri boyutu olmuştur (161). Araştırmamızdaki bu benzer bulgu, hemşirelerin mesleki donanımlarını geliştirmeye yönelik eğitim ve deneyimlerinin olumlu yansıması olarak düşünülmektedir. Ayrıca, bilgi ve beceriye dayalı bakım, hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin temelini oluşturduğundan, bilgi ve beceriye bağlı olan bakımın hastalar tarafından fark edilmesi, hemşirelerin rollerini profesyonel bir şekilde yerine getirdiğinin güçlü bir göstergesidir.

Araştırmamızda sosyo demografik değişkenlerin bakım davranışları üzerindeki etkisi incelendiğinde, erkeklerin ve gelir düzeyi yüksek olanların bakım davranışlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatürde araştırmamızla benzer şekilde Türkiye’de Çevik ve Eşer, İspanya’da Quintana ve ark. yaptıkları araştırmada erkeklerin bakım davranışları puanın kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (155,162). Ayrıca araştırmamızdan farklı olarak Gülen ve Zaybak’ın yaptığı araştırmada kadınların bakım davranışları puanın daha yüksek olduğu belirtilmiştir (163). Bu farklılığın, cinsiyet rollerine ilişkin algılar ve kültürel faktörlerin farklılaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularımıza benzer olarak Karlou ve ark.’nın Yunanistan’da yaptıkları araştırmada gelir düzeyi yüksek olanların bakım davranışlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (164). Gelir düzeyi yüksek

bireylerin, sağlık hizmetlerine daha bilinçli başvurma, sağlık çalışanlarıyla daha etkili iletişim kurma ve hizmet sürecini daha iyi değerlendirme olasılıkları, bakım davranışlarını daha olumlu algılamalarına neden olabilir. Bu durum, bakımın algılanmasının sadece sunulan hizmetle değer, bireyin sosyoekonomik ve kültürel konumuyla da ilişkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda tıbbi özelliklerin bakım davranışları üzerindeki etkisi incelendiğinde; sarı alan, kronik hastalığı olan, HT ve KBY tanılı, acil servis deneyimlemeyen, ağrı deneyimi sık veya sürekli olan, refakatçisi bulunan ve hastaneyi tekrar tercih etmeyi düşünen hastaların bakım davranışları puanının istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatürde benzer şekilde İtalya’da Di Bella ve ark., Yunanistan’da Karlou ve ark., Çin’de He ve ark. ile İran’da Kargar ve ark. yaptıkları araştırmalarda kronik hastalığı olan bireylerin bakım davranışları algılama puanlarının daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (157, 164-166). Bu durum bireylerin sağlık hizmetleriyle daha sık ve sürekli etkileşimde bulunmalarıyla açıklanabilir. Kronik hastalığı bulunan bireyler, sağlık çalışanlarıyla daha uzun süreli ilişkiler kurdukları ve bakım süreçlerine daha aşına oldukları için, sunulan hemşirelik bakımını daha bilinçli değerlendirme eğiliminde olabilirler. Bu durum, bakım davranışlarını daha olumlu algılamalarına ve memnuniyet düzeylerinin artmasına katkı sağlayabilir. Araştırmamızla benzer şekilde Çevik ve Eser’in çalışmasında hastane deneyimi olmayanların puanı yüksek olduğu belirtilmiştir (155). Farklı olarak Shergill ve ark. çalışmasında acil servise daha önce başvuran hastaların bakım davranışları algılamalarının yüksek olduğu bildirilmiştir (167). Hastane deneyimi olmayan bireylerin, ilk karşılaştıkları hizmeti daha olumlu algılama eğiliminde olmaları, bakım davranışlarını daha yüksek değerlendirmelerine neden olabilir. Öte yandan, önceki deneyimi olan bireyler hizmeti daha eleştirel değerlendirebilmekte, bu da algıyı farklılaştırabilmektedir. Araştırmamızla benzer şekilde Mersinlioğlu ve Öztürk’ün acil serviste yapmış oldukları çalışmada tekrar aynı hastaneyi tercih etmeyi düşünen hastaların bakım davranışlarını algılamaları yüksek düzeydedir. Bu durum hastaların bulundukları acil servisteki hemşirelik hizmetlerinden verim aldıklarını göstermektedir (2). Tayvan’da kanser hastalarıyla onkoloji servisinde yapılan bir araştırmada araştırmamızla benzer şekilde ağrısı sık veya sürekli olan hastaların bakım davranışları algılamalarının yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. (188). Dahası ABD’de birinci basamak sağlık merkezlerinde yapılan nitel bir araştırmadağrı deneyimi sürekli ve sık olan hastaların tedavi süreçlerinde hastaları ortak karar vermeye dahil ettiklerinde ve dinlendiklerinde bakım davranışları algılamalarının olumlu yönde

olduğunu ifade etmişlerdir (189). Araştırmamızda ve yapılan benzer araştırmalarda, ağrı deneyimi sık veya sürekli olan hastaların bakım davranışları algılamalarının daha yüksek düzeyde bulunması, bu hastaların hemşirelerle daha yoğun ve sürekli bir etkileşim içinde olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bu durum, profesyonel desteğe duyulan gereksinimin artması ve dolayısıyla hemşirelik bakımının hastalar tarafından daha görünür ve anlamlı bir biçimde algılanmasına katkı sağladığı söylenebilir. Literatürde, refakatçisi bulunan hastaların bakım davranışlarını algılamalarını inceleyen araştırmamızla benzer bir araştırmaya rastlanmazken çalışmamızda refakatçisi bulunan hastaların bakım davranışları algılamalarının daha yüksek çıkması, refakatçinin hastaya sosyal destek vermesi, iletişimi kolaylaştırma ve bakım sürecine ilişkin güvenin artmasından kaynaklı olabilir. Bu doğrultuda literatürde benzer bir sonuca rastlanmamış olması, çalışmamızın alana katkı sağladığını ve elde edilen sonucun önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda kısa ağrı envanteri alt boyutları; hastaların ağrı şiddeti alt boyutu puanı (5.32 ± 1.80) ortalamanın üzerinde; günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi alt boyutunda (4.75 ± 2.32) ise ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde Polonya’da Repka ve ark. geriatri ile dahili servislerde; Kore’de ise Singh ve ark. Güney Korede, Halk Sağlığı Birimi tarafından yapılan çalışmada ağrı şiddetinin yüksek düzeyli olduğunu belirtmişlerdir (171-173). Ayrıca Amerika’da Koren ve ark. yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada hastalar, günlük yaşamlarında orta düzeyli bir etkilenme yaşadıklarını ifade etmişlerdir (168-170, 174). Fakat araştırmamızdan farklı olarak Türkiye’de yapılan Bıçakçı ve Akgün’ün kemoterapi ünitelerinde yaptıkları araştırmada hastaların ağrıların günlük yaşam aktivitelerini yüksek düzeyde etkilediğini ifade etmişlerdir (175). Kısa ağrı envanterinde ağrı sadece alt boyutlarla değil ek dış maddelerle de ele alınmaktadır. Bu maddelerden elde edilen bulgular, hastaların ağrı deneyimlerinin %55.8’inin hafif, %30.1’inin orta ve %14.1’inin şiddetli düzeyde olduğunu, ayrıca katılımcıların %52.4’ünün bu ağrıyı her zamankinden farklı olarak tanımladığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde, Amerika’da Lin ve ark. acil serviste yapılan araştırmada hastaların %45’i şiddetli ağrı; Polonya’da Repka ve ark. dahiliye ve geriatric servislerde yapılan araştırmasında %47.3’i şiddetli ağrı bildirmişlerdir (172,176). Araştırmamızda acil servise başvuran hastaların %23.4’ü baş-boyun ağrısı ile gelmiş ve hastalara ağrıları için en çok acil servis ortamında nonopioid ilaçlar uygulanmıştır. Nonopioid ilaçlar içerisinde en çok kullanılan ilaçlar ise NSAİİ türü ilaç grubu olmuştur. Araştırmalarda yer alan hasta gruplarının hastalık profilleri, sosyoekonomik durumları ve

sağlık hizmetlerine başvuru şekilleri elde edilen sonuçlar üzerinde etkili olabilse de acile başvuran hastalara ait ağrı profilini göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmamızda hastaların son 24 saatte ağrılarından kurtulma yüzdeleri ile bakım davranışları ($r=.417$; $p<0.000$) toplam puanı ve tüm alt boyutları; acil servis hasta memnuniyeti toplam puanı ($r=.367$; $p<0.000$) ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli anlamlılık gösterdiğini saptadık ($p<0.05$). Araştırmamızla benzer şekilde Suudi Arabistan'da Ghawni ve ark. acil serviste yaptıkları araştırmada hastaların üçte ikisinin yapılan tedaviler sonucunda mevcut ağrılarının hafiflediğini ve buna bağlı olarak acil servis memnuniyet düzeyleri ile bakım davranışlarını algılamalarının pozitif yönde arttığını bildirmişlerdir (140). Araştırmamızdan farklı olarak İtalya'da Zanza ve ark. yaptıkları araştırmalarda acil servise başvuran hastaların %60' ının var olan ağrılarında azalma olmayıp daha yüksek ağrı yoğunluğu yaşadığını; bu durumun hastaların acil servis memnuniyetini ve bakım davranışları algılamalarını olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır (142). Dahası Tunus'ta Abiadh ve ark. araştırmasında hastaların acil servise başvurdıkları sırada yaşadıkları ağrı şiddetinin tedavi sonrasında da bir değişim göstermediğini ve bu durumun hastaların acil servis memnuniyet düzeylerini düşürdüğünü rapor etmişlerdir (144).

Araştırmamızda hastaların ağrıyan bölgelerine göre acil servis hasta memnuniyeti ($F=3.256$; $p=0.002$) ve bakım davranışları arasında ($F=2.747$; $p=0.008$) anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bulgular incelendiğinde sırt bölgesinde ağrısı bulunan hastaların puan ortalamasının istatistiksel olarak daha düşük olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde araştırmamızla benzer bulgulara sahip çalışmalara rastlanmazken Amerika'da Leigheb ve arkadaşlarının acil serviste yaptığı çalışmada abdomen bölgesinde ağrı yaşayan hastaların ağrı şiddeti daha fazla ve memnuniyet düzeyleri daha düşük bulunmuştur (190). Dahası Amerikada yapılan başka bir araştırmada acil servise abdomen ağrısı ile gelen hastaların ağrı şiddetlerinin daha fazla ve bakım davranışları algılamaları ile memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir (191).

Ağrı, yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve bilişsel süreçlerle şekillenen çok boyutlu bir deneyim olduğundan bu araştırmada, bireylerin ağrıya yönelik inançları da değerlendirilmiştir. Araştırmamızda ağrı inançları alt boyutlarından hem organik inanç alt boyut puanı ortalaması (2.70 ± 0.94) hem de psikolojik inanç alt boyut puan ortalamasının (2.20 ± 0.82) ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda organik inançlar alt boyutunun, psikolojik inançlar alt boyutundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu hastaların ağrıyı daha çok fizyolojik ve doku

hasarına bağılı olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Türkiye’de Yıldızeli Topçu’nun, Birge ve Mollaoğlu, Yıldıırım ve ark. ve Korkmaz-Yaylagül ile İmancioğlu’nun araştırmalarında organik inanç ortalama puanları, psikolojik inanç puanlarından daha yüksek ve orta düzeyde bulunmuştur (177-180). Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda da ağrının kaynağının psikolojik etmenlerden daha çok organik etmenlere bağılı olduğunu saptayan benzer bulgulara rastlanmıştır. (181). Organik inançlar alt boyut puanının yüksek olmasının, biyomedikal yaklaşımın toplumda yaygın kabul görmesi ve ağrının kaynağını somut nedenlere bağlama eğilimlerinin güçlü olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızdan farklı olarak psikolojik alt boyut puanı daha yüksek olan araştırmalar da bulunmaktadır. Özer ve ark. hemodiyaliz hastalarında, Yüksel ve ark. fibromiyalji hastalarında psikolojik alt boyut puanının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (182,183) Babadağ Savaş ve arkadaşları tarafından kronik baş ağrısı yaşayan hastaların ağrı inançlarının incelendiği nitel bir araştırmada, ağrının kaynağına yönelik inançları üç alt kategoride belirtmiştir. Bu çalışmada hastalar, ağrının fizyolojik etkenlere bağılı geliştiğini (organik), üzüntü ve stresin ağrının kaynağı olabileceğini (psikolojik), mevsim değişikliklerinin ağrıyı tetikleyebileceğini (evresel) ifade etmişlerdir (184). Görüldüğü üzere psikolojik alt boyutun yüksek olduğu çalışmalar nispeten baş ağrısı, fibromiyalji ve hemodiyaliz hastalıkları gibi psikolojik etkilenmelerin sık yaşandığı hastalık türleri arasında yaygındır. Bu bağlamda acil servise başvuran hastaların ağrı kökenlerine karşı bu çok katmanlı yaklaşım, ağrının yönetilmesinde bütüncül bir bakış açısı kazandırır ve bireye özgü bakımın geliştirilmesine olanak tanıyarak bakım memnuniyetinin olumlu seyretmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmamızda ağrının organik inançlar alt boyutu ile bakım davranışları leğinin yalnızca bilgi-beceri alt boyutu ($r=0.107$; $p=0.019$) pozitif yönde düşük düzeyli ilişki göstermiştir. Organik inançlar alt boyutu ile Acil servis Hasta Memnuniyeti leği alt boyutlarından acil servis ortamı ($r=0.094$; $p=0.040$), hekim tedavi memnuniyeti ($r=0.228$; $p=0.000$) ve ölçek toplam puanı ($r=0.120$; $p=0.009$) arasında pozitif yönde düşük düzeyli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, hastaların organik ağrı inançlarının acil servis hasta memnuniyeti ile ilişkinisi doğrudan inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçların; hastaların ağrıyı daha çok fiziksel ve tıbbi nedenlere dayandırarak, sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulamalarına daha fazla güven duyduğunu ve tedavi sürecinden daha yüksek memnuniyet geliştirdiğini göstermektedir. Organik inanç düzeyi arttıķa, bireylerin sağlık hizmetini daha anlamlı ve etkili algılama eğiliminde oldukları düşünülmektedir.

Araştırmamızda psikolojik inançlar alt boyutu ile bakım davranışları toplam puanı ve tüm alt boyutları ile acil servis hasta memnuniyeti toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer şekilde sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Özdemir ve Akdeniz'in onkoloji hastalarında yaptığı araştırmada, ağrı yaşayan hastalarda psikolojik inanç puanı yüksek olan hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu belirtilmiştir (185). Bununla birlikte İspanya'da Martin ve arkadaşlarının yapmış olduğu nitel bir araştırmada psikolojik inanç düzeyleri yüksek olan bireylerin hemşirelerin kendilerini dinlediklerini, iletişimlerinin güven verdiğini ayrıca vermiş oldukları bakımın ağrılarına iyi geldiğini ifade etmişlerdir (192). Araştırmamızın bulgusu ve literatürde bulunan diğer araştırmalar, bireylerin ağrıyı sadece fiziksel bir durum olarak değil, aynı zamanda psikolojik bir deneyim olarak algılamalarının, sağlık çalışanlarının tutumlarını ve sunulan bakımı daha olumlu değerlendirmelerine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Özellikle psikolojik inanç düzeyi yüksek olan bireylerin, hemşirelerin empatik yaklaşımlarını, iletişim becerilerini ve destekleyici tutumlarını daha fazla önemseyebileceği ve bu nedenle bakım memnuniyetlerinin artabileceği değerlendirilmektedir. Aynı şekilde, bu bireylerin acil servis ortamını, hekim yaklaşımını ve hasta kabul süreçlerini de genel bakım sürecinin bir parçası olarak görmeleri, memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkileyebilir. Bu sonuç, ağrıya yönelik inançların, hastaların bakım ve sağlık hizmetine ilişkin genel algılarını etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada Kısa Ağrı Envanteri ve Ağrı İnançları Ölçeği alt boyutlarının bakım davranışları ve acil servis hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini inceleyen modellerin anlamlı bulunması, acil serviste sunulan hemşirelik bakımının yalnızca hastaların yaşadığı ağrının şiddetine değil, ağrının işlevsel ve bilişsel boyutlarına da duyarlı olduğunu göstermektedir. Özellikle son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma düzeyinin ve psikolojik inançların bakım davranışlarının en güçlü yordayıcıları olması, etkili ağrı yönetiminin ve hastaların ağrıya ilişkin bilişsel değerlendirmelerinin bakım kalitesinin algılanmasında belirleyici rol oynadığını düşündürmektedir. Şu anki ağrı, genel aktivite durumu ve yaşamdan zevk alma değişkenlerinin de bakım davranışları ile ilişkili bulunması, ağrının günlük yaşamı kısıtlayan yönlerinin hemşirelik bakımının algılanan niteliğini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Yine uyuma, derin solunum ve öksürük egzersizi, son 24 saatte ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulma durumu ve psikolojik inançların memnuniyetin acil servis hasta memnuniyetinin güçlü yordayıcıları arasında yer alması, ağrı yönetiminin etkinliğinin ve hastaların ağrıya ilişkin psikolojik algılarının

acil serviste sunulan hizmetin değerlendirilmesinde belirleyici rol oynadığını dūşündürmektedir. Bu sonuçlar, acil servislerde hemşirelik bakımının iyileştirilmesine yönelik girişimlerde yalnızca ağrı düzeyini azaltmaya odaklanan yaklaşımların yetersiz kalabileceğini; hastaların psikolojik inançlarını güçlendiren, işlevselliği artıran ve ağrı tedavisinin etkililiğini görünür kılan bütüncül bakım modellerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise ağrı şikayetiyle başvuran hastaların ağrı inançları ve deneyimlerinin algılanan hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelendiği araştırmanın sonucunda;

- Hastaların, acil servis memnuniyet puanlarının ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Hastaların, hemşirelik bakımına ilişkin bakım davranışlarını algılamaları ortalama düzeyde bulunmuştur. Hastaların bakım davranışlarını algılamada en yüksek puan verdikleri alt boyut hemşirelerin bilgi beceri alt boyutu olmuştur.
- Hastaların ağrı şiddeti ortalamaları ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi ortalama düzeydedir.
- Acil servise en sık baş- boyun bölgesinde ağrısı olan hastalar başvurmuştur. Hastaların %55.8'inde son 24 saatte hafif şiddette ağrı olduğu saptanmıştır. Acilde daha çok non-opioid analjeziklerin tercih edildiği ve son 24 saatte uygulanan ağrı tedavisi ile hastaların ağrıdan kurtulma yüzdesinin %53.33 olduğu bulunmuştur.
- Hastaların ağrıya ilişkin organik ve psikolojik inanç düzeylerinin ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır. Organik inanç alt boyutundan elde edilen puanların psikolojik inanç alt boyutuna kıyasla daha yüksek bulunması, hastaların ağrıyı organik etkenlerle açıklama eğiliminin daha baskın olduğunu göstermektedir.
- Son 24 saatte uygulanan ağrı tedavisinin ağrıyı azaltma düzeyi arttıkça bakım davranışlarının algılanması ve acil servis memnuniyeti yükselmektedir.
- Ağrı bölgesinin, hasta memnuniyet düzeyini etkilediği, özellikle sırt ağrısı yaşayan hastaların verilen bakımı algılamaları ve acil servis memnuniyet düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların organik inanç düzeylerindeki artışın, Bakım Davranışları Ölçeği'nin bilgi-beceri alt boyutu ile Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından acil servis ortamı ile hekim tedavisine yönelik memnuniyet düzeylerinde artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

- Hastaların ağrıya dair psikolojik inanç düzeylerindeki artışın, acil servis memnuniyet düzeylerinde, hemşirelik bakım davranışlarını algılama düzeylerinde ve alt boyutlarında artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir.
- Regresyon analizi sonuçları bakım davranışları puanının ağrı tedavisinin etkililiği ve psikolojik inançlar başta olmak üzere şu anki ağrı, genel aktivite durumu ve yaşamdan zevk alma değişkenleri tarafından anlamlı biçimde yordandığını göstermiştir ($p<0,05$). Acil servis hasta memnuniyetinin de ağrı tedavisinin etkililiği ve psikolojik inançlar başta olmak üzere uyuma, derin solunum-öksürük egzersizi, ağrı tedavisinden kurtulma, yaşamdan zevk alma ve psikolojik inançların memnuniyet üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Acil serviste, hemşirelerin bilgi ve becerilerine yönelik bakım davranışlarının geliştirilmesi, hastaların memnuniyet düzeylerini artıracak için hemşirelerin öğrencilik yıllarında ve meslek hayatları boyunca düzenli kurum içi eğitimlerine önem gösterilebilir.
- Acil Servise gelen hastaların ağrıların değerlendirilmesinin düzenli ve bütüncül biçimde yapılması, hemşirelerin ağrının günlük yaşam üzerindeki etkilerini dikkate alarak bireye özgü bakım oluşturmaları önerilmektedir.
- Acil servislere ağrı ile başvuran hastaların ağrı kaynaklarının düzenli ve sistematik biçimde kayıt altına alınması önerilmektedir.
- Hemşirelerin, hastaların ağrıya ilişkin bireysel inanç ve algılarının farklılık gösterebileceğini dikkate alarak değerlendirmesi ve süreçlerinde bu unsurları sistematik biçimde göz önünde bulundurmaları önerilmektedir.
- Bu araştırma tek bir hastanenin acil servisinde yapılmıştır. Bu sebeple araştırma farklı örneklem grupları ve daha geniş hasta grupları ile tekrarlanması sosyodemografik özelliklerin memnuniyet üzerindeki etkisinin anlaşılmasını destekleyecektir.
- Hastaların ağrıya ilişkin duygu ve düşüncelerinin daha kapsamlı bir biçimde ortaya konmasına olanak sağlanması bakımından benzer araştırmaların nicel araştırma yöntemlerinin yanı sıra nitel araştırma yöntemleriyle yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mostafa R, El-Atawi K. Strategies to measure and improve emergency department performance: a review. *Cureus*. 2024;16(1): e52879.
2. Mersinlioğlu G, Öztürk H. Acil servise başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015;2(2):70-82.
3. Elmer J, Mikati N, Arnold RM, Wallace DJ, Callaway CW. Death and end-of-life care in emergency departments in the US. *JAMA Network Open*. 2022;5(11): e2240399.
4. Beştemir A, Aydın H. Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2022;12(3):496-502.
5. Janati M, Kariman H, Memary E, Davarinezhad-Moghadam E, Arhami-Dolatabadi A. Educational intervention effect on pain management quality in emergency department; a clinical audit. *Adv. J. Emerg. Med*. 2018;2(2): e16.
6. Aydın E, Doğan A, Bektaş MH. Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (IASP) ağrı tanımının klinik ve felsefi yönden tartışılması: 2020'de neler değişti? *Hipokrat Tıp Dergisi*. 2023;3(2):95.
7. Hu X, Lü J, Qin C, Liu X, Zhu J, Cui Y. Cancer pain and quality of life structural equation model based on the biopsychosocial model. *BMC Cancer*. 2025;25(1):1064.
8. Carr DB. "Pain is a public health problem" -- what does that mean and why should we care?. *Pain Med*. 2016;17(4):626-27.
9. Akgün A. Acil Serviste Ağrı Yönetimi. İçinde: Gündüz ES (editör). *Sağlık & Bilim-2022: Acil Cerrahi Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Efeakademi Yayınları, 2022:103-14.
10. Piwowarczyk P, Kaczmarska A, Kutnik P, Hap A, Chajec J, Myśliwiec U, et al. Association of gender, painkiller use and experienced pain with pain-related fear and anxiety among university students according to the fear of pain questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4098.

11. Öztürk K, Durmaz M, Kurşun Ş. Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin taburcu olmaya hazır olma durumuna etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2023;6(1):35-44.
12. Hachimi-Idrissi S, Dobias V, Hautz WE, Leach R, Sauter TC, Sforzi I, et al. Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines-part 2: management and recommendations. *Intern Emerg Med*. 2020;15(7):1141-55.
13. Kutlutürkan S, Urvaylıoğlu AE. Evaluation of pain as a fifth vital sign: nurses' opinions and beliefs. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;7(1):88-94.
14. Achalwie F, Wakefield AB, Mackintosh-Franklin C. Does education improve nurses' knowledge, attitudes, skills, and practice in relation to pain management: an integrative review. *Pain Manag Nurs*. 2023;24(3):273-79.
15. Rogers AH, Farris SG. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *Eur J Pain*. 2022;26(8):1611-35.
16. Demirci B, Şahin SY. Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi. *Karya Journal of Health Science*. 2023;4(1):19-25.
17. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*. 2006;55(2):325-32.
18. Rollman GB, Abdel-Shaheed J, Gillespie JM, Jones KS. Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. *Eur J Pain*. 2004;8(5):427-33.
19. Paquet A, Plansont B, Labrunie A, Malauzat D, Girard M. Past pain experience and experimentally induced pain perception. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(12):1013-21.
20. Haqawi AJM, Shahbal S, Hakami MOA, Ali AAH, Oraigy KMM, Sharahili FA, et al. The influence of cultural competence on nursing: a comprehensive review preserving the future of the nursing profession. *J. Int. Crisis Risk Commun. Res*. 2024;7(S9):2139-54.
21. Maboko DR, Armstrong S, Casteleijn D. Patient perceptions of nurses' cultural competence in public sector hospitals in Gauteng. *Health SA = SA Gesondheid*. 2024; 29:2499.

22. Shillington K, Thompson C, Saraga S, Soch L, Asomaning N, Borgundvaag B, et al. The effect of a nurse initiated therapeutic conversation compared to standard care for patients with acute pain in the ED: a randomized controlled trial. *Adv. Emerg. Nurs.* 2021;43(3):217-24.
23. Al-Saidat HM, Malak MZ, Alnawafleh AH. Patients' perception of quality nursing care and services in emergency department in Jordan. *Hosp. Top.* 2022; 12:1-10.
24. Brown T, Shetty A, Zhao DF, Harvey N, Yu T, Murphy M. Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *Emerg Med Australas.* 2018;30(4):523-29.
25. Dikmen Y, Ziyai NY. Ağrı. İçinde: Kara Kaşıkçı M, Akın E (editörler). *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, 2. baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2023:383-404.
26. Wideman TH, Edwards RR, Walton DM, Martel MO, Hudon A, Seminowicz DA. The multimodal assessment model of pain: a novel framework for further integrating the subjective pain experience within research and practice. *Clin J Pain.* 2019;35(3):212-21.
27. International Association for the Study of Pain (IASP). Ağrı tanımı. <https://www.iasp-pain.org>. Son erişim tarihi: 13 Mayıs 2025.
28. Levy N, Sturges J, Mills P. Pain as the fifth vital sign and dependence on the numerical pain scale is being abandoned in the US: why?. *Br. J. Anaesth.* 2018;120(3):435-38.
29. Arif Rahu M, Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of science review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(6):343-52.
30. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390> Son Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2025.
31. Waydhas C, Ull C, Cruciger O, Hamsen U, Schildhauer TA, Gaschler R, et al. Behavioral pain scale may not be reliable in awake non-verbal intensive care patients: a case control study. *BMC Anesthesiol.* 2024;24(1):84.

32. Afenigus AD. Evaluating pain in non-verbal critical care patients: a narrative review of the critical care pain observation tool and its clinical applications. *Front Pain Res.* 2024;5:1481085.
33. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı fizyopatolojisi. *Med J SDU.* 2019;26(2):209-20.
34. Cohen M, Quintner J, Weisman A. Nociceptive pain: a challenge to nosology and to nociception. *J Pain.* 2023;24(12):2131-39.
35. Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall textbook of medical physiology. 13th ed. e-book. Elsevier Health Sciences; 2020.
36. Dehghan B, Abolhasanzadeh N, Shademan B, Nourazarian A. Deciphering pain: molecular mechanisms and neurochemical pathways-challenges and future opportunities. *Front. Mol. Biosci.* 2024;11:1382555.
37. Jain A, Hâkim S, Woolf CJ. Immune drivers of physiological and pathological pain. *J. Exp. Med.* 2024;221(5):e20221687.
38. Di Maio G, Villano I, Ilardi CR, Messina A, Monda V, Lodice A, et al. Mechanisms of transmission and processing of pain: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):3064.
39. Gonzalez-Hermosillo DC, Gonzalez-Hermosillo LM, Villaseñor-Almaraz M, Ballesteros-Herrera D, Moreno-Jimenez S, Corona-Cedillo R, et al. Current concepts of pain pathways: a brief review of anatomy, physiology, and medical imaging. *Curr. Med. Imaging Rev.* 2023;10:2174-1573405620666230519144112.
40. Polat Dünya C, Enç N. Ağrı. İçinde: Oğuz S, Ünver V, Çamcı G, Kocatepe V. (editörler). *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik.* 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2023:1–21.
41. Wheeldon A. Ağrı ve ağrı yönetimi. İçinde: Patofizyolojisinin Esasları, Yılmaz M, Seki Z (çeviri editörleri). *Essentials of Pathophysiology*, Nair M, Peate I (editörler). 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2018: 430–67.
42. Karcz M, Abd-Elsayed A, Chakravarthy K, Aman MM, Strand N, Malinowski MN. Pathophysiology of pain and mechanisms of neuromodulation: a narrative review (A Neuron Project). *J. Pain Res.* 2024;17:3757-90.
43. Dikmen YD. Ağrı ve Yönetimi İçinde: Aşti TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Bilim ve Sanatı*, 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2014: 633-67

44. Pedersen TR, Berendt M, Rusbridge C. Neuroanatomy of spinal nociception and pain in dogs and cats: a practical review for the veterinary clinician. *Front Vet Sci.* 2025; 12:1534685.
45. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156(6):1003-07.
46. Öngel DDK. Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Aile Hekimliği.* 2017;9(1):12-4.
47. Gholamrezaei A, Van Diest I, Aziz Q, Pauwels A, Tack J, Vlaeyen JWS. Effect of slow, deep breathing on visceral pain perception and its underlying psychophysiological mechanisms. *J Neurogastroenterol Motil.* 2022;34(4):e14242.
48. Bouhassira D. Neuropathic pain: definition, assessment and epidemiology. *Rev Neurol.* 2019;175(1-2):16-25.
49. Murnion BP. Neuropathic pain: current definition and review of drug treatment. *Aust. Prescr.* 2018;41(3):60-63.
50. Hanakawa T. Neural mechanisms underlying deafferentation pain: a hypothesis from a neuroimaging perspective. *J Orthop Sci.* 2012;17(3):331-335.
51. Allahverdi E. Psychosomatic pain. In: Falola T, editor. *Effects of stress on human health.* London: IntechOpen; 2020. p. 37-56. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/71768>.
52. Heitler B. Primary afferent depolarization and the gate control theory of pain: a tutorial simulation. *J Undergrad Neurosci Educ.* 2023;22(1): A58-A65.
53. Jain AK, Mishra A, Shakkarpude J, Lakhani P. Beta endorphins: the natural opioids. *Int. J. Chem. Stud.* 2019;7(3):323-32.
54. Lautenbacher S, Peters JH, Heesen M, Scheel J, Kunz M. Age changes in pain perception: a systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 75:104-13.
55. Osborne NR, Davis KD. Sex and gender differences in pain. *Int. Rev. Neurobiol.* 2022; 164:277-307.
56. Failla MD, Beach PA, Atalla S, Dietrich MS, Bruehl S, Cowan RL, et al. Gender differences in pain threshold, unpleasantness, and descending pain modulatory activation across the adult life span: a cross sectional study. *J Pain.* 2024;25(4):1059-69.
57. Valeberg BT, Rustøen T, Bjordal K, Hanestad BR, Paul S, Miaskowski C. Self-reported prevalence, etiology, and characteristics of pain in oncology outpatients. *Eur J Pain.* 2008;12(5):582-90.

58. Okolo CA, Babawarun O, Olorunsogo TO. Cross-cultural perspectives on pain: a comprehensive review of anthropological research. *International Journal of Applied Research In Social Sciences*. 2024;6(3):303-15.
59. Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain Manag*. 2019;9(3):317-34.
60. Reis FJJ, Nijs J, Parker R, Sharma S, Wideman TH. Culture and musculoskeletal pain: strategies, challenges, and future directions to develop culturally sensitive physical therapy care. *Braz J Phys Ther*. 2022;26(5):100442.
61. Holloway S, Ahmajärvi K, Frescos N, Jenkins S, Oropallo A, Slezáková S, et al. Holistic management of wound-related pain: an overview of the evidence and recommendations for clinical practice. *J Wound Care*. 2024;25(1):1-84.
62. Yoo H, Cho Y, Cho S. Does past/current pain change pain experience? Comparing self-reports and pupillary responses. *Front. Psychol*. 2023; 14:1094903.
63. Wiguna KAA, Aribawa IGNM, Aryabiantara IW, Senapathi TGA. The relation between sex, age, education level, and premedication towards lower-abdominal postoperative pain intensity at Sanglah General Hospital. *Neurologico Spinale Medico Chirurgico*. 2020;3(1):21-23.
64. Grol-Prokopczyk H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. *Pain*. 2017;158(2):313-22.
65. Zajacova A, Rogers RG, Grodsky E, Grol-Prokopczyk H. The relationship between education and pain among adults aged 30-49 in the United States. *J Pain*. 2020;21(11-12):1270-80.
66. Karabey T, Özveren H. Ağrı yönetiminin köşe taşı: ağrı değerlendirmesi ve hemşirelik. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2025;5(1):91-111.
67. Dydyk AM, Grandhe S. Pain assessment. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554512/>
68. Balcı A, Vicdan AK. Hemşirelikte ağrı yönetimi. İçinde: Uyar Hazar H (editör). *Sağlık& Bilim 2025 Hemşirelik-1*, 1. Baskı. İstanbul, Efeakademi Yayınları; 2025:85-96
69. Scher C, Petti E, Meador L, Van Cleave JH, Liang E, Reid MC. Multidimensional pain assessment tools for ambulatory and inpatient nursing practice. *Pain Manag Nurs*. 2020;21(5):416-22.

70. Shroff R, Dabholakar T. McGill Pain Questionnaire: a cross-cultural adaptation study in chronic neck pain. *International Journal of Physiotherapy*. 2023;10(2):19-23.
71. Alorfi NM. Prescribing patterns and pharmacological knowledge of analgesics among community pharmacists in Jeddah, Saudi Arabia. *Bull. Pharm. Sci. Assiut Univ*. 2023;46(1):647-57.
72. Amaechi O, Huffman MM, Featherstone K. Pharmacologic therapy for acute pain. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):63-72.
73. Kim KH, Seo HJ, Abdi S, Huh B. All about pain pharmacology: what pain physicians should know. *Korean J Pain*. 2020;33(2):108-20.
74. Mullins S, Hosseini F, Gibson W, Thake M. Physiological changes from ageing regarding pain perception and its impact on pain management for older adults. *Clin Med*. 2022;22(4):307-10.
75. Hotfiel T, Fanlo-Mazas P, Malo-Urries M, Paulino E, Sequeira de Medeiros L. Importance of heat therapy in the treatment of pain in the daily clinical practice. *J Bodyw Mov Ther*. 2024; 38:263-68.
76. Rossi R. Heat therapy for different knee diseases: expert opinion. *Front. Rehabil. Sci*. 2024; 5:1390416
77. Ariana M, Afrasiabifar A, Najafi Doulatabad S, Mosavi A, Behnammoghadam M. The effect of local heat therapy versus cold rub gel on pain and joint functions in patients with knee osteoarthritis. *Clin. Nurs. Res*. 2022;31(6):1014-22.
78. Wang Y, Li S, Zhang Y, Chen Y, Yan F, Han L, et al. Heat and cold therapy reduce pain in patients with delayed onset muscle soreness: a systematic review and meta-analysis of 32 randomized controlled trials. *Phys Ther Sport*. 2021;48:177-87.
79. Lu HY, Lin MY, Tsai PS, Chiu HY, Fang SC. Effectiveness of cold therapy for pain and anxiety associated with chest tube removal: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Manag Nurs*. 2024;25(1):34-45.
80. Mak S, Allen J, Begashaw M, Miake-Lye I, Beroes-Severin J, De Vries G, et al. Use of massage therapy for pain, 2018-2023: a systematic review. *JAMA Netw. Open*. 2024;7(7):e2422259.
81. Kaye AD, Islam RK, Tong VT, Tynes BE, Sala KR, Abbott B, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for prevention and treatment of post-herpetic neuralgia: a narrative review. *Cureus*. 2024;16(11):e74416.

82. Elgendy M, Mir S, Patel N, Koneru S, Mou TA, Kadu NR. Applications of TENS in dentistry: a literature review. *Front in Health Inf.* 2024;13(8):6001–10.
83. Kempf K, Röhling M, Darwish E, Martin S, Jander S, Herdmann J, *et al.* High-tone external muscle stimulation for the treatment of chronic sciatica: a randomized controlled crossover trial. *The Open Pain Journal.* 2018;11:21–30.
84. Erdemir DS, Şenturan L. The effect of position support during orthopedic surgery on postoperative pain: a randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs.* 2020;21(6):549
85. European Society for Emergency Medicine. Guidelines for the management of acute pain in emergency situations/[Internet]. Aartselaar (Belgium): EUSEM; 2020 <https://www.eusem.org/education/documents/guidelines> Son Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2025.
86. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet.* 2021;397(10289):2098–110.
87. Gardner T, O'Hagan E, Gilanyi YL, McAuley JH, Jensen MP, Rizzo RR. Using hypnosis in clinical practice for the management of chronic pain: a qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2024;119:108097.
88. Murwani A, Nuryati N. Analisis kompres air hangat sebagai intervensi gout arthritis dengan masalah nyeri akut pada keluarga lansia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada.* 2022;11(2):378–83.
89. Vambheim SM, Kyllö TM, Hegland S, Bystad M. Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Heliyon.* 2021;7(8):e07837
90. Ibitoye BM, Oyewale TM, Olubiyi SK, Onasoga OA. The use of distraction as a pain management technique among nurses in a North-central city in Nigeria. *IJANS.* 2019; 11:5
91. Kohl A, Rief W, Glombiewski JA. Acceptance, cognitive restructuring and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain.* 2013;14(3):305–15.
92. Viderman D, Tapinova K, Dossov M, Seitenov S, Abdildin YG. Virtual reality for pain management: an umbrella review. *Front Med.* 2023;10:1203670.
93. Sanabria-Mazo JP, Colomer-Carbonell A, Fernández-Vázquez Ó, Noboa-Rocamora G, Cardona-Ros G, McCracken LM, *et al.* A systematic review of

- cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress. *Front Psychol.* 2023;14:1200685.
94. Yokoyama S, Adachi T, Yoshino A. Unraveling pain experience and catastrophizing after cognitive behavioral therapy. *Sci Rep.* 2024;14(1):17176.
 95. Klyne DM, Smith SS, Hall M. Should cognitive behavioral therapy for insomnia be considered for preventing and managing chronic pain? *Sleep.* 2024;47(10):zsae177
 96. Chiu CW, Liu CH. Effectiveness of flipped teaching on the knowledge and self-efficacy of nursing personnel in non-pharmacological pain management-aromatherapy: a quasi-experiment. *BMC Nurs.* 2022;21(1):257.
 97. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: a systematic review. *Ethiop. J. Health Sci.* 2020;30(3):449–58.
 98. Song J, Bae IL. Effects of aromatherapy on pain in patients with musculoskeletal disease: a systematic literature review. *Natural Volatiles & Essential Oils.* 2021;8(5):2427–44.
 99. Lakhan SE, Sheaffer H, Tepper D. The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Treatment.* 2016;2016:8158693.
 100. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *The J Pain.* 2018;19(5):455–74.
 101. Bradt J, Leader A, Worster B, Myers-Coffman K, Bryl K, Biondo J, et al. Music therapy for pain management for people with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncol.* 2024;33(10):e70005
 102. Vink A, Hanser S. Music-based therapeutic interventions for people with dementia: a mini-review. *Medicines.* 2018;5(4):109.
 103. Chen S, Yuan Q, Wang C, Ye J, Yang L. The effect of music therapy for patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol.* 2025;13(1):455
 104. Artioli DP, Tavares ALF, Bertolini GRF. Foot reflexology in painful conditions: systematic review. *Braz J Phys Ther.* 2021;4(2):145–51.
 105. Yıldız Y, Kanburoğlu MK. Çocuk acil servisinde sağlık hizmetleri sunum kalitesi ve hasta memnuniyeti. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med.* 2021;8(1):7–14.

106. Jiang S, Liu Q, Ding B. A systematic review of the modelling of patient arrivals in emergency departments. *Quant Imaging Med Surg.* 2023;13(3):1957–71.
107. Tjelmeland IBM, Masterson S, Herlitz J, Wnent J, Bossaert L, Rosell-Ortiz F, et al. Description of emergency medical services, treatment of cardiac arrest patients and cardiac arrest registries in Europe. *SJTREM.* 2020;28(1):103.
108. Çetin M, Kaya B, Kılıç TY, Hanoğlu ND, Gökhan Ş, Eroğlu SE, et al. Pain management practices in the emergency departments in Turkey. *Turk. J. Emerg. Med.* 2021;21(4):189–97.
109. Abdolrazaghnejad A, Banaie M, Tavakoli N, Safdari M, Rajabpour-Sanati A. Pain management in the emergency department: a review article on options and methods. *Adv. J. Emerg. Med.* 2018;2(4):e45.
110. Rech MA, Griggs C, Lovett S, Motov S. Acute pain management in the Emergency Department: use of multimodal and non-opioid analgesic treatment strategies. *Am J Emerg Med.* 2022;58:57–65.
111. Mirbaha S, Delavar-Kasmaei H, Erfan E. Effectiveness of the concurrent intravenous injection of dexamethasone and metoclopramide for pain management in patients with primary headaches presenting to emergency department. *Adv. J. Emerg. Med.* 2017;1(1):e6
112. Stephenson J. Substantial decline in opioid prescribing at emergency department visits. *JAMA Health Forum.* 2020;1(1):e200026.
113. Grover CA, McKernan MP, Close RJH. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the emergency department for pain relief: a preliminary study of feasibility and efficacy. *WestJEM.* 2018;19(5):872–76
114. Fekede L, Temesgen WA, Gedamu H, Kindie S, Bekele TG, Abebaw A, et al. Nurses' pain management practices for admitted patients at the comprehensive specialized hospitals and its associated factors, a multi-center study. *BMC Nurs.* 2023;22(1):366.
115. Fontes BV, Oliveira AM, Moraes ÉB, Antunes JM, Salvetti MG, Carmo TGD. Quality of nursing care in pain management in orthopedic surgical patients: a scoping review. *Rev Esc Enferm Usp.* 2024;58:e20240110.
116. Köse Tamer L, Sucu Dağ G. The assessment of pain and the quality of postoperative pain management in surgical patients. *SAGE Open.* 2020;1–10.
117. Turan N, Özkan B. Pain management and nursing in intensive care units: a phenomenological study. *Yoğun Bakım Derg.* 2017;8(3):65–70

118. Baker DW. History of the Joint Commission's pain standards: lessons for today's prescription opioid epidemic. *JAMA*. 2017;317(11):1117–8.
119. Alhussin EM, Mohamed SA, Hassan AA, Al-Qudimat AR, Doaib AM, Al Jonidy RM, et al. Patients' satisfaction with the quality of nursing care: a cross-sectional study. *IJANS*. 2024;20:100690.
120. Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11337.
121. Mulugeta H, Wagnew F, Dessie G, Biresaw H, Habtewold TD. Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs*. 2019; 18:27.
122. Musumadi M, Musumadi L, Eddine IS, Al-Qudimat A, Mabsout N, Mohammad AH, et al. An assessment of the barriers to research involvement among nurses at a hospital in the Kingdom of Saudi Arabia. *SJNHC*. 2023;6(3):100–13.
123. Wardah US, Wardani E. An evaluation of patient satisfaction with nursing care: a qualitative study in an Indonesian hospital. *Ethiop. J. Health Sci*. 2020;30(6):1011–16.
124. Atallah MA, Hamdan-Mansour AM, Al-Sayed MM, Aboshaiqah AE. Patients' satisfaction with the quality of nursing care provided: the Saudi experience. *Int. J. Nurs. Pract*. 2013;19(6):584–90.
125. Koyuncu N, Karcioğlu O. Emergency department patients clinical and demographic characteristics regarding hospital anxiety subscale. *Turk. J. Emerg. Med*. 2018;18(4):162–66.
126. Başaran N, Altinel B, Acil servise başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2025; 7(1): 23-30.
127. Atari M, Atari M. Brief emergency department patient satisfaction scale (bepss); development of a new practical instrument. *Emergency* 2015;3(3): 103–08.
128. Konateke S, Yılmaz, M. Turkish validity and reliability study of the brief emergency department patient satisfaction scale. *Int. Emerg. Nurs*. 2022;61: 101145.
129. Wu Y, Larrabee JH, Putman, HP. Caring behaviors inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nurs. Res*. 2006;55(1):18–25.

130. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(4):229-35.
131. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the brief pain inventory. *Annals of the Academy of Medicine*. 1994; 23(2):129-38.
132. Dicle A, Karayurt Ö. Validation of the Turkish version of the brief pain inventory in surgery patients. *Pain Manag Nurs*. 2009;10(2):107-13.
133. Edwards LC, Pearce CA, Turner-stokes L, Jones A. The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*. 1992; 51:267-72.
134. Sertel Berk HÖ. Kronik ağrı yaşıntısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması (doktora tezi). İstanbul. İstanbul Üniversitesi. 2006.
135. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 20. Baskı. Ankara. Pegem Akademi Yayınları, 2014.
136. Sarbay İ, Mercan Başpınar M, Erman E, Çavdar B, Tamer I, Adıyaman AM. et al. Does patient satisfaction with primary and emergency care influence non-urgent emergency department utilization? a path analysis. *J. Multidiscip. Healthc*. 2025;18: 4703-15.
137. Kawiratne PD, Chandrasekara CMAD. Self-perceived pain characteristics, pain management practices and patient satisfaction in the emergency department of District General Hospital, Kalutara. *Sri Lanka Journal of Medicine*. 2021;30(1):25–33.
138. Begum F, Said J, Hossain SZ, Ali M A. Patient satisfaction level and its determinants after admission in public and private tertiary care hospitals in Bangladesh. *Front. Health Serv*. 2022;2:952221.
139. Kaplan A, Kaçmaz HY, Öztürk S. An evaluation on the attitude toward using patient rights and satisfaction levels in emergency department patients. *Emerg. Nurs. J*. 2024;50(2):243-53.
140. Ghawnni A, Alrushid N, Alabdullatif O, Alnughaimshi A. Assessment of the patient's satisfaction regarding pain management at the emergency department in king faisal specialist hospital and research centre. *Acta Sci. Med. Sci*. 2023;7(8):33–41.

141. Molalign Takele G, Abreha Weldesenbet N, Girmay N, Degefe H, Kinfe R. Assessment patient satisfaction towards emergency medical care and its determinants at Ayder comprehensive specialized hospital Mekelle Northern Ethiopia. *PloS One*. 2021;16(1):e0243764.
142. Zanza C, Romenskaya T, Zuliani M, Piccolella F, Bottinelli M, Caputo G. et al. Acute Traumatic Pain in the Emergency Department. *Diseases* (Basel, Switzerland). 2023;11(1), 45.
143. Kasouati J, Bouti L, Zidouh O, Abd El Hamid Z, Boufaresse A, Mrabet M. Évaluation de la satisfaction des patients de la prise en charge de la douleur au service des urgences de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc. *RESP*. 2015;63
144. Abiadh R, Jaballah R, Ben-Salah H, Bouhoula A, Yaakoubi H, Boukadida L. et al. Douleur et sortie contre avis medical dans un service des urgences. *Rev Med Interne*. 2022;43, A232–A233.
145. Sousa M, Cunha MN, Rodrigues J. Patients' perceptions resulting from the contact with emergency departments using the Manchester triage system protocol. *Univers. J. Public*. 2024;12(3): 471-80
146. Son H, Yom YH. Factors influencing satisfaction with emergency department medical service: Patients' and their companions' perspectives. *JJNS*. 2017;14(1):27–37.
147. Datobar H, Alijanpour SH, Khafri S, Jahani MA, Naderi R. Patient's satisfaction of emergency department affiliated hospital of babol university of medical sciences in 2013-14. *JBUMS*. 2016;18(4):56–62.
148. Galinski M, Gil-Jardiné C, Lemoel F, Grégoire C, Lvovschi V. Particularités de la prise en charge des patients douloureux chronique aux urgences. *Am J Emerg Med*. 2022;23(1): 31–36.
149. Adongo DW, Benneh CK, Amekeyeh H, Adedia D, Tandoh A, Armah IJ. et al. Correlates of patient satisfaction with pain management at the ho teaching hospital in Ghana: a cross-sectional study. *Scientific African*. 2023;21: e01806.
150. Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE. Hastaların cerrahi sonrası uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2016;19(2): 86–91.

151. Otani K, Chumbler NR, Herrmann PA, Kurz RS. Impact of pain on patient satisfaction integration process: how patients with pain combine their health care attribute reactions. *Health Serv. Res. Manag.* 2015; 2:2333392815615103.
152. Eroğlu N. Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2018;20(2/3):13-21.
153. Akça Doğan D, Tanrıverdi S, Pehlivan S. Hastaların ve hemşirelerin algıladığı bakım davranışları ve bakım memnuniyeti. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2023;10(2):154-162.
154. Özcan G, Kurşun Ş. cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların hemşirelik bakım kalitesini algılaması. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2021;1(3):107-16.
155. Çevik K, Eşer İ. Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *FN. Hemşirelik Dergisi.* 2014;22(2):76-83.
156. Ergezen FD, Bozkurt SA, Dinçer H, Kol E. Patients' perceptions of knowledge, trust, and connectedness in nurses' caring behaviors. *JERN.* 2020;17(2): 155-61.
157. He T, Du Y, Wang L, Zhong ZF, Ye XC, Liu XH. Perceptions of caring in China: patient and nurse questionnaire survey. *Int. Nurs. Rev.* 2013;60(4): 487-93.
158. Nantz S, Hines A. Trauma patients' family members' perceptions of nurses' caring behaviors. *J. Trauma Nurs.* 2015;22(5): 249-54.
159. Bucco T. The relationships between patients' perceptions of nurse caring behaviors, nurses' perceptions of nurse caring behaviors and patient satisfaction in the emergency department [PhD dissertation]. South Orange (NJ): Seton Hall University; 2015.
160. Kersu Ö, Boğa SM, Köşgeroğlu N, Sayılan AA, İlter G, Baydemir C. Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *JERN.* 2020;17(1): 32-39.
161. Alikari V, Gerogianni G, Fradelos EC, Kelesi M, Kaba E, Zyga S. Perceptions of caring behaviors among patients and nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;20(1): 396
162. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C. et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv. Res.* 2006; 6:102
163. Gülen D, Zaybak A. Hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından algılanması: tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2023;15(1): 108-17

164. Karlou C, Papathanassoglou E, Patiraki E. Caring behaviours in cancer care in Greece: comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(3):244-50.
165. Di Bella E, Gandullia L, Leporatti L, Locatelli W, Montefiori M, Persico L. et al. Frequent use of emergency departments and chronic conditions in ageing societies: a retrospective analysis based in Italy. *Popul. Health Metr*. 2020;18(1):29.
166. Kargar L, Khademian Z, Rambod M. Association between perception of caring behaviors and self-efficacy in patients with cardiovascular disease at coronary care units: a cross-sectional study. *Acute and Crit Care*. 2021;36(2):118-25.
167. Shergill Y, Rice D, Smyth C, Tremblay S, Nelli J, Small R. et al. Characteristics of frequent users of the emergency department with chronic pain. *CJEM*. 2020;22(3):350-58.
168. Lee S, Smith ML, Smith ML, Dahlke DV, Pardo NE, Ory MG. A cross-sectional examination of patients' perspectives about their pain, pain management, and satisfaction with pain treatment. *Pain Med*. 2019;21(2): e164–e71.
169. Bartoń E, Ślusarz R, Guz E, Jasik J, Turowski K, Mazur A. et al. Satysfakcja z opieki pielęgniarzkiej a funkcjonalne konsekwencje dolegliwości bolowych pacjentów neurochirurgicznych. *The Journal Neurological and Neurosurgical Nursing*. 2019;8(1):4-10.
170. Poudel I, Shrestha K. Satisfaction on pain management among cancer patient in selected cancer care center Bhaktapur Nepal. *Int J Med Sci Public Health*. 2023;03(4): 597-603.
171. Gupta RP, Lin LC, Resley V, Khan A, Li DR, Shatsky R. et al. Evaluating cancer pain characteristics and treatment factors in the emergency department: a retrospective cohort study. *J. Palliat Care*. 2022;37(4):486–93.
172. Repka I, Brzyski P, Zurzycka P, Kuźmierz I, Puto G. Cultural adaptation of the polish version of the brief pain inventory short form among the elderly. *Sci. Rep*. 2025;15(1): 27885.
173. Singh A, Akkala S, Nayak M, Kotlo A, Poondla N, Raza S. et al. Impact of pain on activities of daily living in older adults: a cross-sectional analysis of korean longitudinal study of aging (Klosa). *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2024;9(3):65.
174. Koren Y, Leveille SG, You T. Brief pain inventory pain interference subscale: assessing interference with daily living activities in older adults with multisite musculoskeletal pain. *Front. Pain Res*. 2024;3: 897725.

175. Bicakci E, Akgün M. The effect of peripheral neuropathy on daily life activities in patients receiving chemotherapy. *Clin. Nurs. Stud.* 2020;8(3):45.
176. Lin YH, Ku NW, Ko CH, et al. The effect of pain on the relationship between triage acuity and emergency department hospitalization rate and length of stay. *West J Emerg Med.* 2025;26(4): 835-42.
177. Yıldızeli Topcu S. Relations among pain, pain beliefs, and psychological well-being in patients with chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2018;19(6), 637-44.
178. Birge AÖ, Mollaoğlu M. Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı.* 2018;30(2):84-92.
179. Yıldırım B, Isler AM, Oral M, Peksen H, Cıcekliyurt S., Kılıç C, et al. Investigating the interplay of chronic pain intensity and psychosocial factors in adult women: A pilot study from Türkiye. *Health Care for Women International.* 2025;46(6):664-86.
180. Korkmaz Yaylagül N, İmancioğlu H. Yaşlılarda ağrı inançlarının sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *YSAD.* 2022;15(2):74-82.
181. Baird A, Sheffield D. The Relationship between pain beliefs and physical and mental health outcome measures in chronic low back pain: direct and indirect effects. *Healthcare (Basel, Switzerland).* 2016;4(3):58.
182. Özer Z, Bahçecioğlu Turan G, Çelikkilek F. Hemodiyaliz hastalarında ağrı inançları ile ağrı yönetimleri arasındaki ilişki. *NefroHemDergi.* 2020;15(3):226-34.
183. Yüksel A, Tambağ H, Karakoyun A. The relationship between pain beliefs and psychiatric symptoms of patients with fibromyalgia syndrome. *Duzce Med J.* 2019;21(3):238-242.
184. Babadağ Savaş B, Balcı Alparslan G, Güleç S. Pain beliefs of chronic headache patients. *The Journal of the Turkish Society of Algology.* 2021;33(2):103–15.
185. Özdemir Ü, Tokaç Akdeniz A. Pain beliefs of cancer patients and associated factors. *Pain.* 2023;35(4):244–53.
186. Haringan GMR, Djalil RH, Luneto SI. Hubungan waiting time dan length of stay dengan kepuasan pasien di ruangan intalasi gawat darurat di rsu gmim pancaran kasih manado. *Protein: Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan.* 2024;2(1):69-82.
187. Iarossi G. The power of survey design: A user's guide for managing surveys, interpreting results, and influencing respondents. Washington (DC): World Bank Publications; 2006.

188. Chang Y, Lin YP, Chang HJ, Lin CC. Cancer patient and staff ratings of caring behaviors: relationship to level of pain intensity. *Cancer Nurs.* 2005;28(5): 331–39.
189. Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They don't want anything to do with you": patient views of primary care management of chronic pain. *Pain med.* 2010;1(12):1791–98.
190. Leigheb M, Sabbatini M, Baldrighi M, Hasenboehler EA, Briacca L, Grassi F, Cannas M, et al. Prospective analysis of pain and pain management in an emergency department. *Acta Biomed.* 2017;88(4S):19–30.
191. Isenberger KM, Salzman JG. Patient satisfaction variability by chief complaint in an urban community emergency department. *Acad Emerg Med.* 2013;20(S1):157–58.
192. Jimenez Martin, JM, Morales Fernandez A, Vergara Romero M, Morales Asencio JM. Experiences, beliefs, and values of patients with chronic pain who attended a nurse-led program: a descriptive phenomenological qualitative study. *Nurs Rep.* 2025;15(8):269.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

EK-2. Etik Kurul Onayı

EK-3. Kurum İzni

EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

Değerli hastamız, acil servislerde ağrıyla gelen hastaların hemşirelik bakım memnuniyetinin ağrı şiddeti ve inançları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Onam alındıktan sonra size araştırmacı tarafından tanıtım formu, Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Bakım Davranışları Ölçeği-24, Kısa Ağrı Envanteri, Ağrı İnançları Ölçeği verilecektir. Bu anketlerde verilecek sorulara vereceğiniz doğru ve tam cevaplar ağrıyla başvuran hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ağrı şiddeti ve inançları arasındaki ilişkiyi anlamakta ve çalışmadan çıkacak sonuçlarla birlikte hemşirelik bakımının iyileştirilmesine olumlu bir katkı sağlayacaktır. Bu çalışmaya, katılmama veya katılıp onay vermiş olsanız bile çalışmanın herhangi bir esnasında ayrılma ve çözmeme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmanın yapılması esnasında sizin tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler saklı ve gizli tutulacaktır. Çalışma için size ücret ödenmeyecek aynı zamanda sizden ücret de alınmayacaktır. Teşekkür ederiz.

Bana yapılan açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Okuduğum açıklamalar sonucunda bu araştırmada ‘‘ katılımcı’’ olarak yer alma kararı aldım.

EK-5. Hasta Tanıtım Formu

Bu araştırma, acil servise ağrı ile başvuran bireylerin ağrı deneyiminin hemşirelik bakım memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Veriler sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda, etik ilkelere uygun olarak kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz özverili tutum için teşekkür eder, verilerin eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurulmasını sizlerden rica ederiz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Kişisel verileriniz korunacak ve verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacaktır.

Lütfen size uygun seçeneği işaretleyiniz

Yaşınız:

Cinsiyet:

Kadın b. Erkek

Medeni durumunuz:

a.Evli b. Bekar

Eğitim durumunuz:

a.Okur yazar değil b. İlköğretim. c. Lised. Üniversite ve üstü

Meslek

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

Gelir durumu

a. Gelir giderden az. b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden yüksek

Yaşadığınız yer

a. İl b. İlçe c. Kasaba d. Köy

Şu anki hastalığınız dışında kronik bir rahatsızlığınız var mı?

a. Evet b. Hayır

Cevabınız evet ise nedir?

Hipertansiyon

Diabetes Mellitus

Kronik Böbrek Yetmezliği

KOAH

Diğer

Daha önce acil servise başvurduğunuz mu?

a. Evet b. Hayır

Hastanede ne kadar süredir bulunmaktasınız? (Saat olarak belirtebilirsiniz)

.....

Ağrınız ne kadar süredir var? (, saat veya gün olarak belirtebilirsiniz)

.....

Ağrı deneyimleme sıklığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Hiç olmaz b. Nadiren olur c. Sık sık olur d. Her zaman olur

Yanınızda bir refakatçiniz var mı?

Evet b. Hayır

Bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?

a. Evet b. Hayır

EK-6. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği

Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)	1	2	3	4
	Tamamen katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hemşire Memnuniyeti (HM)				
1. Hemşireler tedavimi önemseddi.				
2. Hemşireler tedavimin geri kalanı hakkında beni bilgilendirdi.				
3. Hemşireler bana sabırlı davrandı.				
4. Hemşireler ağrımı hafifletti.				
Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti (HKPM)				
5. Hasta kabul personeli beni uygun şekilde yönlendirdi.				
6. Hasta kabul personelinin davranışı uygundu.				
Acil Servis Ortamı (ASO)				
7. Acil servis sakin ve sessizdi.				
8. Acil servis iyi donatılmıştı.				
9. Acil servis ortamı temizdi.				
Hekim Tedavi Memnuniyeti (HTM)				
10. Hekim tedavimin seyri hakkında bilgi verdi.				
11. Hekimin davranışı saygılıydı.				
12. Hekimin tedavimin geri kalanı ile ilgili açıklamaları yeterliydi.				
13. Hekim muayeneme yeterli zaman ayırdı				
Genel Hasta Memnuniyeti (GHM)				
14. Hekimi görmeden önceki bekleme süresi uygundu.				
15. Kabul sürecinden önceki bekleme süresi uygundu.				
16. Bu acil servisi tanıdıklarıma tavsiye ederim.				
17. Acil serviste sunulan hizmetlerin kalitesinden memnunum.				
18. Bu hastanenin acil servisi iyi çalışmaktadır.				

EK-7. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)

Maddeler	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1.Hastayı dikkatle dinleme						
2.Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3.Hastaya bir birey olarak davranma						
4.Hastaya zaman ayırma						
5.Hastaya destek olma						
6.Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7.Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8.Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9.Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.Hastaya güven verme						
11.Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.Hastaya istekle gitme						
17.Hastayla konuşma						
18.Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.Hastanın çağırısına hemen yanıt Verme						
21.Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.Hastaya ilgi gösterme						
23.Hastanın tedaviye ilaçlarını zamanında uygulama						
24.Hastanın semptomlarını Hafifletme						

EK-8. Kısa Ağrı Envanteri

Araştırma No:

Hastane No:

BU ÇİZGİNİN ÜSTÜNE YAZMAYINIZ

KISA AĞRI ENVANTERİ

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

Saat:.....

Adı, Soyadı:

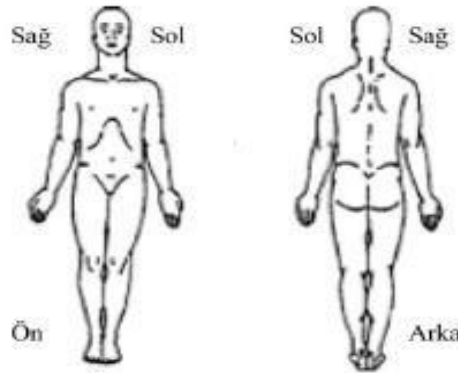
Hastane Protokol No:

1. Yaşamımız boyunca zaman zaman birçok ağrı deneyimleriz (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi). Bugünkü ağrınız her zaman yaşadığınız bu ağrı çeşitlerinden farklı mı?

1. ☐ Evet

2. ☐ Hayır

2. Şekil üzerinde ağrı hissettiğiniz bölgeleri işaretleyiniz. En çok ağrıyan bölgeye X işareti koyunuz.



3. Son 24 saatteki “en kötü” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı

4. Son 24 saatteki “en hafif” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı

5. Son 24 saatteki “ortalama” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı

6. “Şu anki” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı

7. Ağrınız için aldığınız tedaviler ya da ilaçlar nelerdir?

8. Son 24 saatte, ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulmanız nasıldı? Ağrınızdan en fazla ne kadar kurtulduğunuzu yüzde olarak gösteriniz.

%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Hiç										Tamamen
Kurtulmadım.										Kurtuldum.

9. Son 24 saatte, ağrınız nedeniyle aktivitelerinizdeki etkilenme durumunu en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

A. GENEL AKTİVİTE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

B. EMOSYONEL DURUM

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

C. YÜRÜYEBİLME

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

D. DERİN SOLUNUM VE ÖKSÜRME EGZERSİZİ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

E. DİĞER İNSANLARLA İLİŞKİLER

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

F. UYUMA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

G. YAŞAMDAN ZEVK ALMA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

EK-9. Ağrı İnançları Ölçeği

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin altını çizerek belirtiniz:

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

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

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

EK-10. Ölçek İzinleri

EK-11. İkinci Danışman Atama İzni

EK-12. Etik Kurul Tez Başlığı Değişikliği İzni