

TC

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK
(ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN AĞRI YÖNETİMİNE
İLİŞKİN BİLGİ VE DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burçin TÜRKMEN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

İZMİR
2019

TC
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK
(ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN AĞRI YÖNETİMİNE
İLİŞKİN BİLGİ VE DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burçin TÜRKMEN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

İZMİR
2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : / /

Tez Danışmanı : *(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite) (İMZA)

Üye : *(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite) (İMZA)

Üye : *(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite) (İMZA)

Üye : *(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite) (İMZA)

Üye : *(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite) (İMZA)

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi/..../....

Burçin TÜRKMEN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Burçin TÜRKMEN

TEŞEKKÜR

Araştırma konusunun seçilmesinde her türlü desteği veren, tüm süreçte güler yüzünü ve yardımlarını esirgemeyen, tezin yürütülmesinde değerli tecrübelerini benimle paylaşan çok değerli danışmanım Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI' ya,

Bilgi ve deneyimleriyle tezime katkı veren jüri üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şanlı ve Dr. Öğr. Üyesi Betül Yavuz'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden T.C Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerine,

Her daim yanımda olan beni motive eden sevgi ve desteği ile sürekli yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma,

Yürekten ve içtenlikle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

BURÇİN TÜRKMEN

ÖZET

Giriş-Amaç: Araştırma çocuk yoğun bakım hemşirelerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal-Metod: Araştırma, Ekim 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Servisinde yürütülmüştür. Araştırmaya 25 hemşire katılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve karma desen modelinde bir çalışmadır. Araştırmada sosyodemografik form, PNKAS ölçeği ve araştırmacının oluşturduğu nitel sorular ile veri toplanmıştır. Nitel görüşme formu toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerle, anketleri doldurduktan sonra derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 24.2 ± 2.59 'dur, %92'si kadındır. Hemşirelerin %68'inin lisans mezunu olduğu görülmüştür. Hemşirelerin bir shiftte %52'sinin 6 saatte bir ve %48'inin 4 saatte bir ağrı izlemi yaptıkları görülmüştür. Çalışmaya katılan hemşirelerin PNKAS toplam puanları 37.99 ± 9.05 ve en yüksek puan 52,38'dir. Nitel görüşmelerin analizi ile belirlenen temalar; ağrı nedenleri, ağrı tanılama, ağrıyı giderme, ağrı yönetimi ile ilgili inançlar, ağrı hakkındaki düşüncelerdir.

Sonuç: Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı ile ilgili eğitim almadığı, bilimsel toplantılara katılmadığı ve yayınları takip etmedikleri bulunmuştur. Hemşirelerin çocuk yoğun bakımda ağrıyı gidermede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kullandıkları, en sık farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumunun ortalamasının çok az üzerinde olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuklarda ağrı, çocuk yoğun bakım, hemşire, karma desen

ABSTRACT

Purpose: This research was aimed to specify data, implementations and experiences of pediatric intensive care nurses.

Material Method: The study was conducted between October 2018 and February 2019 at the Ministry of Health Medeniyet University Training and Research Hospital Göztepe Training and Research Hospital Pediatric Intensive Care Unit. 25 nurses participated in the study. The research is a descriptive and mixed method model. Sociodemographic form, PNKAS scale and qualitative questions were included in the study. Qualitative research consists of 10 questions. Qualitative research was conducted with in-depth interview method with nurses.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 24.2 ± 2.59 and 92% were female. It was seen that 68% of the nurses have undergraduate degrees. It was observed that 52% of the nurses underwent pain monitoring at 6 hours and 48% at 4 hours. The total score of the nurses participating in the study was $37.99 \pm 9.05\%$ and the highest score was 52.38. Themes identified through analysis of qualitative interviews; causes of pain, pain diagnosis, pain relief, beliefs about pain management, thoughts about pain.

Conclusion: It was found that the majority of the nurses did not receive training on pain, did not attend scientific meetings and did not follow the publications. It was determined that the nurses used pharmacological and nonpharmacological methods to relieve pain in the pediatric intensive care unit and preferred the pharmacological methods most frequently. The majority of the nurses' knowledge of pain control was found to be slightly above average but insufficient.

Key Words: Pain in children, pediatric intensive care unit, nurse, mixed method

İÇİNDEKİLER

Onay	i
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	ii
Etik Beyan Sayfası	iii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	ix
Tablolar Dizini	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Amaç	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağrının Tanımı	5
2.2. Ağrı Fizyolojisi	5
2.3. Ağrı Teorileri	6
2.4. Ağrının Sınıflandırılması	8
2.4.1. Süresine Göre Sınıflandırma	8
2.4.2. Etyolojisine Göre Sınıflandırma	9
2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırma	9
2.5. Çocuklarda Ağrı	10
2.5.1. Çocukluk Çağında Ağrı Epidemiyolojisi	11
2.5.2. Çocuklarda Ağrının Etkileri	11
2.5.3. Çocuklarda Ağrı Belirtileri	12
2.5.4. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi	12
2.5.5. Çocuk Yoğun Bakım Hastasında Ağrıya Neden Olan Faktörler	14
2.5.6. Çocuk Yoğun Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü	14
2.5.7. Çocuk Yoğun Bakımda Ağrıyı Azaltmada Kullanılan Yöntemler	15
3. YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü:	20

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklem:	20
3.3. Araştırmanın Yeri:	20
3.4. Veri Toplama Araçları:	21
3.5. Verilerin Toplanması:	22
3.6. Verilerin Analizi:	22
3.7. Araştırma Etiği:	23
4. BULGULAR	24
4.1. Sosyodemografik Özellikler	24
4.2. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumları	26
4.3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşireleri ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerden Elde edilen Verilerin Analizi	37
Ağrı nedenleri:	39
Ağrı tanılama:	42
Ağrı Giderme:	45
Ağrı Yönetimi ile İlgili İnançlar:	48
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7.KAYNAKÇA	57
8. EKLER	62
9.ÖZGEÇMİŞ	70

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
NSAİİ:	Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar
IASP:	International Association for the Study of Pain
PNKAS:	Pediatric Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
ÇYBÜ:	Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
NIPS:	Yenidoğan Ağrı Ölçeği (Neonatal Infant Pain Scale)
VAS:	Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale)
FLACC:	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Yüz, Bacak hareketliliği, Aktivite, Ağlama, Teselli Edilirlik)
N-PASS:	Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale:)
EDIN:	Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)
PIPP:	Premature Infant Pain Profile (Prematüre Bebek Ağrı Profili)
IKP:	İntrakranial Basınç
SVK:	Santral Venöz Katater
IV:	İntravenöz
BIS:	Bispektral İndeks Skor
PEG:	Perkütan Endoskopik Gastronomi

Tablolar Dizini

Tablo 1 Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 2 Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 1. Bölüm Yanıtları	28
Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 2. ve 3. Bölüm Yanıtları	30
Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları	33
Tablo 5. PNKAS Toplam Yüzde ve Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 6. PNKAS Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	36
Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Hakkındaki Düşünceleri.....	37
Tablo 8. Çocuklarda Oluşan Ağrı Nedenleri.....	39
Tablo 9 . Çocuklarda Ağrı Tanılama Belirtileri.....	42
Tablo 10. Çocuklarda Ağrıyı Giderme Yöntemleri	45
Tablo 11. Hemşirelerin Ağrı Yönetimiyle İlgili İnançları	47-48

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı, tüm canlıların karşılaştığı ve yaşadığı bir durum olmakla birlikte, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'ne (International Association for the Study of Pain (IASP) göre "gerçek ya da olası doku hasarı ya da hasar olarak tanımlanabilen durumlarda görülen, duyuşsal ve duyguşsal, hoş olmayan bir deneyimdir"(1).

Ağrı, çocukların sık karşılaştığı, birçok faktörden etkilenen karmaşık bir deneyimdir. Çocukların, fizyolojik ve psikolojik durumunu, ebeveyniyle olan bağıını, yeme-içme düzenini etkilemenin yanında beynin işlevsel ve duyuşsal gelişiminde de değişikliklere neden olarak büyümeyi olumsuz etkilemektedir (2,3). Çocukluk döneminde yaşanan birçok korkunun kalıcı olduğu ve yetişkinlik döneminde de devam ettiği gözlemlenmiştir. Kanada'da (2010) yapılan bir çalışmada yetişkinlerin % 25'inin enjeksiyon yaptırmaktan korktuğu, çocukluk çağında çoğu korkunun ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (4). Bu nedenlerle çocuklarda ağrının tanılanması, belirlenmesi ve değerlendirilmesinin yanında gerekli önlemlerin alınması ve uygulanması da önemlidir (5).

Pediyatrik yoğun bakımda yatan çocuk hastalar hastalık, tanı işlemleri, tedavi ve bakım girişimleri nedeniyle ağrı yaşarlar. Etkili bir ağrı yönetimi çocuk yoğun bakım ünitelerinde en temel girişimlerden biri olmalıdır. Çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) çocuklarda ağrı yönetimi yetişkinlerden daha zor olup yatarak tedavi olan çocuk hastalar sadece karmaşık sağlık gereksinimleri olan hastalar değil aynı zamanda çocuklardır. Bu çocuklar fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimlerinin farklılıklarından dolayı yetişkinlere göre ağrı yönetiminde daha büyük hassasiyet gerektirmektedirler. Bunlara ek olarak sedasyon, nöromusküler blokaj, mekanik ventilasyon, bilinç düzeyinin değişmesi gibi nedenlerle; ağrı değerlendirmede altın standart olarak kabul edilen öz bildirim çocuk yoğun bakımda karmaşık hale gelir. Bütün güçlülere rağmen ÇYBÜ'nde yeterli ve uygun analjezi sağlamak kritik hasta çocukların bakımında temel unsurdur (6-8).

Giderilmeyen/tedavi edilmeyen ağrı kritik hasta çocuğu fizyolojik ve psikolojik açıdan olumsuz etkiler. Akut ağrı, göğüs ve abdominal duvar hareketlerinin azalmasına yol açan solunum komplikasyonlarına, mekanik ventilasyondan ayrılmada gecikmeye yol açabilir. Sempatik sinir sistemi yanıtı artabilir; bu da kardiyak efor ve oksijen tüketiminde artma, stres hormonlarında yükselme, immünsupresyon ve yara iyileşmesinde gecikme ile sonuçlanabilir. Tüm bu nedenler yoğun bakımdan taburculuğu geciktirebilir. Ağrı bu fizyolojik sonuçlar yanında yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra da olumsuz psikolojik etkilere neden olabilir (6). Çocuk yoğun bakımdaki sayısız invaziv girişimin ise olumsuz psikolojik sonuçlara neden olan en büyük etken olduğu belirtilmiştir (9). Stevens ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; çocuk yoğun bakımda yatan hastaların her gün ortalama 13 ağırlı girişime maruz kaldığı bildirilmiştir (10).

Nonfarmakolojik girişimler çocuklarda ağrı yönetiminde etkilidir ve farmakolojik ajanların daha az kullanılmasına da olanak sağlar. ÇYBÜ’ünde hasta kayıtları incelendiğinde hastaların %44’üne nonfarmakolojik girişim uygulandığı, bu girişimlerin ise pozisyon verme, çevresel uyarınları azaltma, ebeveyn varlığı, dikkati başka yöne çekme, müzik terapi olduğu saptanmış ancak yine de non farmakolojik girişimlerle ilgili sağlık personellerinin bilgi yetersizliği bulunduğu belirtilmiştir (11). Bunun yanında yoğun bakımda yatan hastalarda geri planda kalan anksiyete yönetiminin ağrıyı azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir (12). Pediatrik rehberlerde, ağrı ve stresi azaltmak için sedasyon ve analjezinin sürekli uygulanması önerilebilmektedir (13).

ÇYBÜ, durumu kritik olan çocuğa genellikle stresli ve endişeli olan ebeveynler çoğu zaman çocuklarının yanında kalmayı istemektedirler. ÇYBÜ’ünde ebeveynlerin sürekli varlığı, çocuklarına bakım veren hemşireler, doktorlar ve yardımcı sağlık personeli ile sık sık etkileşimde bulunacakları anlamına gelmektedir (14,15). ÇYBÜ hemşirelerinin ebeveynlere ilişkin algılarına açıklayan bir araştırmada hemşireler ve ebeveynler arasında özellikle ağrı verici işlemler nedeniyle karşıt görüşler oluşabildiği, hemşireler ağrı veren işleme devam etmek istemese bile ebeveynlerin devam edilmesini isteyebilecekleri ya da tersinin olabileceği ve bu durumun gerginlik yaratabildiği ifade edilmiştir (16).

1.2. Amaç

Çocukların savunucuları olan hemşirelerin ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmalarının önemi göz önüne alınarak planlanan bu çalışmanın amacı, çocuk yoğun bakım hemşirelerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve deneyimlerinin belirlenmesidir.

1.3.Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin, Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (PNKAS) ölçeğine göre bilgi düzeyi ne durumdadır?
2. Hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin uygulamaları ve deneyimleri nelerdir?

1.4.Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

ÇYBÜ'nde yatma çocuklar için zorlu bir süreçtir. Bu süreçte çocuk ebeveynlerinden, evinden ve günlük yaşantısından ayrı kalmaktadır. ÇYBÜ'nde yatan hastalar, bu süreç içerisinde ağrı hissedebileceği birçok girişime (damar yolu açılması, entübasyon, ameliyat, dren takılması, kan alma) maruz kalmaktadır. Bununla birlikte yoğun bakımdaki sesler, pozisyon verme, bakım verme, ışık gibi birçok etkende ağrı oluşturmaktadır. ÇYBÜ'nde primer bakım veren hemşireler çocuklarda ağrıyı tanılayan, belirleyen ve tedavisine yön veren ekip üyelerinin temel taşıdır. Bu bağlamda hemşirelerin ağrı konusunda yeterli bilgi, deneyim ve becerilere sahip olmaları standart ağrı kontrolü yöntemlerinin gelişmesine olanak sağlayacaktır. Ağrının düzenli olarak değerlendirilmesi, kaynağının bildirilmesi ve ağrının azaltılması ya da yok edilmesine bağlı yapılan girişimlerin kayıt altına alınması önemlidir. Araştırma, ÇYBÜ'nde çalışan hemşirelerin ağrıyı tanılama, belirleme ve tedavisinde izledikleri yolları belirlemede büyük öneme sahiptir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığını tek merkezde ve göreceli olarak düşük sayıda örnekleme yürütülmesi oluşturmaktadır.

Bununla birlikte araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılının, ocuk yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimlerinin az olması ocuk yoğun bakım ünitesinde ağrı konusunda elde edilmek istenen verilerde sınırlılığa neden olmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Esasen vücut için koruyucu bir mekanizma olan ağrı kişide acı, sıkıntı ve huzursuzluk yaratan günlük yaşamını zorlaştıran ve hareketlerini kısıtlayan bir histir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği tarafından ağrının tanımı şöyle ifade edilmiştir: "*Ağrı, gerçek veya olası bir doku hasarından kaynaklanan veya bu şekilde tanımlanan, hoş gitmeyen duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir*" (1). Türk Dil Kurumu Sözlüğünde ağrı "*vücutun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı*" olarak tanımlanmıştır (17).

Tarihin çok eski zamanlarından bu yana insan sağlığını etkilemesi nedeniyle gündemde olan ağrı için Descartes, 1644 gibi erken bir tarihte, bir ağrı teorisi önermiştir (18). Günümüzde ise ağrı ile ilgili çalışmalar oldukça hız kazanmış, ağrı beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmiştir.

Tanımlanması ve belirlenmesi oldukça karmaşık ve zor olan ağrı değerlendirmesinde en güvenilir kaynak hastanın kendi ifadesidir (19). Hasta ağrısını olduğunu ifade ediyorsa ağrısı vardır. Ağrı algısı oldukça öznel bir deneyim olup daha önce yaşanan ağrı deneyimi, durumun anlamına, kültürel öğrenmeye ve çevreye bağlı olarak bireyden bireye farklılık göstermektedir (20).

2.2. Ağrı Fizyolojisi

Ağrı, vücudun belirli bir kısmıyla ilişkili tatsız bir his olarak tanımlanır (21). Cilt ve diğer organlar, yalnızca ağrı impluslarını algılayan spesifik reseptörlere (nosiseptör) sahiptir. Mekanik, termal ve kimyasal uyarıların neden olduğu ağrı impulsları ilk olarak serbest sinir uçlarındaki bu reseptörler tarafından algılanır. Yüksek eşik değerdeki uyarılar nosiseptörleri harekete geçirirler. Klinikte ise ağrılı uyarı uzamış travma ve doku harabiyetine bağlıdır. Doku harabiyeti inflamasyona ve dolayısıyla nosiseptörlerin daha fazla uyarılmasına yol açar (22, 23). Ağrılı uyarı üst merkezlere doğru dört aşamalı bir yol izler;

Transdüksiyon: Nosiseptörler; cilt, kas ve kemik gibi birçok yerde bulunmaktadır. Transdüksiyon nosiseptörlerin aktive olması, bir enerjinin başka bir

enerjiye dönüştürüldüğü işlemdir. Sıcak bir uyarının ağırlı hale geçebilmesi için belirli bir derecenin üzerine çıkması gerekir. Nositörler normal bir ısıya karşı duyarsız kalırken ısının artışı ile duyarlı hale geçerler. Nositörler termal, mekanik veya kimyasal uyarılar gibi farklı uyarılara kolayca yanıt verir. Devamlı uyarı bazı durumlarda, nositörlerin yanıt verdiği eşik değerinde bir düşüşe yol açar (23, 24).

Transmisyon: Nositörlerce algılanan ağrının daha üst merkezlere iletilmesidir. İletimde miyelinli A delta ve miyelinsiz C lifleri etkin rol üstlenir. Miyelinli A delta lifleri hızlı ileten, sensitizasyona açık, termal ve mekanik uyarılarla uyarılan liflerdir. Miyelinli C lifleri ise polimodal bir özellik gösteren, her türlü uyarıya karşı duyarlılığı olan, yavaş ileten liflerdir. Diğer sinir lifleri de çeşitli biçimlerde ağırlı uyarının iletimine katılır (23).

Modülasyon: Omurilik seviyesinde meydana gelen bir olaydır. Ağırlı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir (23).

Persepsiyon: Omurilikten geçen uyarının çeşitli çıkan yollar aracılığıyla üst merkezlere doğru iletilip ağrının algılanmasıdır (23).

2.3. Ağrı Teorileri

Ağrı, kişiye göre değişkenlik gösterir. Ağrı deneyiminin fizyopatolojisini açıklamaya yönelik farklı teoriler ortaya atılmıştır. Ağrı teorileri, ağrı hakkında yapılacak araştırma ve çalışma yöntemleri açısından yol gösterici olmaktadır (22, 25). Bu teorilerden bazıları spesifik teori, patern teori, kapı kontrol teorisi, intensivite teorisi, endorfin ve psikolojik teorilerdir.

Spesifik Teori: Stimüle edilen ciltten spesifik bir beyin merkezine doğrudan iletim olduğu fikri ilk olarak 1644 yılında Descartes tarafından ileri sürülmüştür. Modern spesifikite teorisinin babası Max Von Frey, 1895 yılında, ciltte sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyularını algılayan spesifik reseptörler olduğunu belirtmiş ve spesifik reseptör teorisini ileri sürmüştür. Spesifiklik teorisi, vücut dokusundaki spesifik ağrı reseptörlerinin bir mozaığının beyindeki bir ağrı merkezine yansıdığını önerir. Serbest sinir uçlarının ağrı reseptörleri olduğunu ve periferik sinirlerde A-delta ve C lifleri ile ve omurilikteki lateral spinothalmik kanal tarafından talamustaki bir ağrı merkezine taşınan ağrı uyarıları oluşturduğunu iddia eder (26). Bu teoriye göre; spesifik lokalizasyon ağrının niteliğini belirler. Böylece cilde uygulanan ağrılı uyarı ağrı duyusuna yol açar. Ağrının tipinin değerlendirilmesi beyinde gerçekleşir (27).

Patern Teorisi: İmpuls spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerektiğini savunan teoridir (22).

Kapı Kontrol Teorisi: 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülen ve bugün de geçerliliğini koruyan “Kapı Kontrol Teorisi” ağrı konusunda bir devrimdir. Psikolojik faktörlerin, ağrı ile ilgili duyuların, ağrı hakkındaki inançların ve anlayışın ağrı deneyimi üzerine çok büyük etkisi olduğunu öne sürmektedir. Belirli sinir lifleriyle omuriliğe taşınan ağrılı uyarılarla ilgili bilgiler önce omurilikte değerlendirilir. Spinal kord içerisinde substantiya jelatinozada bulunan kapı kapandığında ağrı impluslarının beyine iletimi engellenir ve ağrı hissedilmez, ancak geçmiş ağrı deneyimleri olumsuz ise korteks, substantiya jelatinozaya “kapı kapat” sinyallerini göndermez ve kapı açılarak ağrı implusları beyine iletilir ve ağrı hissedilir (22). Birçok faktör geçidi kapıyı açabilir veya kapatabilir. Örneğin, korku, kaygı gibi güçlü duygular kapıyı açarken; olumlu ruh hali, dikkat dağıtma ve derin rahat nefes alma, kapıyı tamamen kapatmak veya kısmen kapatmak için kullanılabilir (28).

2.4. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı; başlama süresine, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmasına ve duyu şekillerine göre sınıflandırılabilir (29-31).

2.4.1. Süresine Göre Sınıflandırma

Kronik Ağrı: Süresi altı haftadan fazla süren ağrılar “kronik ağrı” olarak adlandırılır. Kronik ağrı, beklenen normal iyileşme süresinin ötesinde devam eden uzun süreli bir ağrıdır. Kronik ağrı sürekli (örneğin, artrit) veya aralıklı (örneğin, migren) olabilir. Kronik ağrı, akut ağrıdan çok daha karmaşık ve yönetilmesi zordur. (32).

Akut Ağrı: Akut ağrı, hastalık veya yaralanma durumunda bir uyarı sağlayarak biyolojik bir amaca hizmet eder. Ağrı genellikle etkilenen bölgeyle ve zamanla sınırlıdır. Akut ağrı, sempatik sinir sistemini harekete geçirir. Kişide kalp ve solunum hızında artma, terleme, pupillerde dilatasyon, huzursuzluk ve kaygı dahil olmak üzere “savaş ya da kaç” yanıtı ile sonuçlanır (32). Akut ağrı birden başlar ve kısa zamanda sonlanır (22).

2.4.2. Etyolojisine Göre Sınıflandırma

Nosiseptif ağrı: Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Vücudun bir bölgesinde doku hasarı olduğu zaman bu hasarın, nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp, ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından algılanan ağrı nosiseptif ağrı olarak tanımlanır. Nosiseptif ağrı, somatik ve viseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyuşal liflerle, viseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. Somatik ağrı daha yoğun ve acı vericidir, sızlama, zonklama, basınç hissi, bıçak batır gibi tarif edilir; viseral ağrı ise yaygın ve zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür (33).

Nöropatik ağrı: Nonnosiseptif ağrı için en yaygın kabul gören terimdir. Periferik sinirlerin yaralanmasına bağlı olarak kronik, genellikle inatçı ağrı, nöropatik ağrı olarak bilinir (32). Nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı, sürekli bir nosiseptif uyarımın bulunmamasıdır (34). Periferik sinirlerin yaralanması, kendiliğinden parestezi, uyuşukluk, hareket ile ağrı, kısmen bozulmuş bir vücut kısmının hassasiyetine ve elektrik çarpması, yanma, ateş veya karıncalanma gibi acılara neden olabilir. Nöropatik ağrı için tedavinin temeli, antiepileptikler ve antidepresanlar ile farmakoterapidir. Trisiklik antidepresanlar, zayıf yan etkilerine rağmen, nöropatik ağrının tedavisinde, yeni serotonin seçici geri alım inhibitörlerinden daha etkilidir (32).

2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırma

Somatik ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, sinir lifleriyle taşınan, ani olarak başlayan iyi lokalize edilen keskin bir ağrıdır. Genellikle sinirlerin yayıldığı gölgede; batma, sızlama, zonklama tarzındadır (29, 35).

Visseral ağrı: İç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organlardan kaynaklanan bu ağrılar künt, yavaş yavaş artan, yeri belirlenemeyen, başka bölgelere doğru yayılan ağrıdır (35).

Sempatik ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile oluşan ağrılardır. Diğer ağrı tiplerine göre oldukça farklıdır. Hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar ve giderek artan bir şiddete sahiptirler. Yanma ve üşüme

arasında bir his tanımlanmaktadır. Özellikle geceleri ağrı artmaktadır. Ağrıyan kol ve bacaklarda deri bozuklukları da ortaya çıkmaktadır. Soğuk ortamda daha da artar (23).

Yansıyan ağrı: Bireyin ağrıyla ona neden olan uyarı yerinden uzak bir bölgesinde hissetmesidir (29).

2.5. Çocuklarda Ağrı

Sağlık araştırmalarında çocuklarda ağrı, 1970'lere kadar göz ardı edilmiştir. Geçmiş dönemlerdeki yaygın varsayım; çocukların olgunlaşmamış sinir sistemi nedeniyle yetişkinler kadar acı yaşamadıkları ya da çocukların acıyı hatırlamadıkları şeklindeydi. Bu nedenle de uzun yıllar boyunca çocuklara ağrıları gidermek için ilaç verilmemiştir. Bu uygulama, 1980'lerin sonlarına; bebeklerde ve çocuklarda ağrı yönetimi ile ilgili araştırmalar yapılmasına, hasta deneyimlerinin anlaşılmasına ve ilaç geliştirmeyi teşvik eden yasaların hazırlanmasına kadar sürmüştür. Bu gelişmelerle sadece çocukların ağrı yaşadığı değil aynı zamanda ağrı deneyiminin uzun vadeli olumsuz sonuçları olabileceği de göz önünde bulundurulmaya başlamıştır (32). Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ağrının tıbbi bakım süresince izlenmesi gereken "beşinci yaşam bulgusu" olarak takip edilmesinin önemini vurgulamıştır. Ağrı, çocukların sık karşılaştığı ve birçok yönden etkilendiği karmaşık bir tecrübedir. Çocuklar yaralanma, travma, ameliyat gibi akut başlangıçlı ya da intravenöz kateter (IV) yerleştirilmesi, toraks tüpü takılması ve çıkarılması, aspirasyon, entübasyon, pansuman değişimi gibi girişimlere ya da orak hücreli anemi gibi kronik hastalıklara bağlı olarak ağrı yaşarlar (22).

Başarılı bir ağrı yönetimi, ağrının kaynağının, nedeninin ve özelliklerinin (yoğunluğu, yeri ve türü) düzenli olarak değerlendirilmesine, yeniden değerlendirilmesine ve kayıt edilmesine bağlıdır (38, 39). Ayrıca, sağlık profesyonellerinin ağrıya duyarlı sistemler hakkında yeterli bilgi sahibi olması da aynı derecede önemlidir. Ağrı yönetimi konusunda ABD, Kanada, İsveç ve Brezilya gibi çeşitli ülkelerde kuruluşların kalite iyileştirmelerini artırdığı; standardizasyon, değerlendirme, kayıt ve tedavinin, çocuk hastalarda ağrıyı önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (40,42).

2.5.1. Çocukluk Çağında Ağrı Epidemiyolojisi

Ağrının değerlendirilmesi oldukça güçtür. Çocuklarda ve bebeklerde oluşan ağrının değerlendirilmesi ve kontrolüne ilişkin yapılan araştırma sonuçlarında ağrının yeteri kadar kontrol altına alınamadığı görülmektedir (22).

Çocukluk çağında ağrı şikâyeti tahmin edilenden daha siktir. Çocuklarda ağrı prevalansı ile ilgili yapılmış bir meteanalizde 0-18 yaş arası 6636 çocukta ağrı prevalansının yaşla arttığı, kız çocuklarda erkeklerden daha fazla olduğu ve en çok baş, karın ve bacak ağrısının görüldüğü bildirilmiştir. Çocukluk döneminde kronik ağrı sendromları arasında en fazla üzerinde durulmuş olan baş ağrılarıdır (43). Çocuklarda migren tanımının daha çok klinik gözlemlere dayandığı ve uluslararası kabul görmüş kriterlerinin bulunmadığı birçok çalışmada farklı prevalans verilmektedir (43). Alehan (2003), yaptığı çalışmada çocuklarda baş ağrısının nedenlerinin migren, gerilim tipi baş ağrısı, sinüzit ve epilepsi olduğunu belirtmiştir (44). Kanada'da Stanford ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada iki yıl arayla incelenen 11 yaş grubundaki 2488 çocukta baş ağrısı oranının yaklaşık %30'larda, karın ağrısı ve sırt ağrısı oranının yaklaşık %20'lerde olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kız çocukların erkek çocuklardan daha çok ağrı hissettiği bildirilmiştir (45). Seyoum ve arkadaşları (2015) üçüncü düzey pediatrik yoğun bakımda yaptıkları çalışmada orta ve şiddetli ağrı düzeyini %90.1 olarak belirlemiş, yatıştan 24 saat sonra ağrı oranının %64.2'ye gerilediğini, sürekli ağrı yaşayanların oranının %38.3; aralıklı ağrı yaşayanların oranının ise %61.7 olduğunu belirtmişlerdir (46). Tumin ve arkadaşları (2018) 0-17 yaş arasındaki 43712 çocukta kronik ağrı prevalansının %6 olduğunu saptamışlardır (47).

2.5.2. Çocuklarda Ağrının Etkileri

Ağrının erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da birçok sonucu vardır. Ağrı gideren ya da azaltan bir tedavi olmazsa fizyolojik ve psikolojik yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (48). Ağrı kişide huzursuzluk ve duygusal sıkıntı oluşturur. Bu durum kişinin iyilik haline zarar verir; algılamada, düşündüklerini kontrol etmede zorlanır; ailede, sosyal çevrede ve işinde sorumluluklarını yerine getirme yeteneğini engeller (3, 49).

2.5.3. Çocuklarda Ağrı Belirtileri

Tüm çocuklar gündelik faaliyetler, hastalıklar ve tıbbi prosedürlerle ilişkili ağrı yaşarlar. Çocuklarda ağrı tepkileri psikolojik, fizyolojik ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılabilir (46).

Psikolojik Belirtiler: Ağrıya bağlı olarak bireyde konfüzyon, anksiyete (50), korku, öfke, zihinsel ve sözel işlevlerde değişimler, kızgınlık ve huzursuzluk, uykuda ve duygu durumunda bozulma görülmektedir (46, 51).

Fizyolojik Belirtiler: Sempatik sinir liflerinin uyarılması ile fizyolojik reaksiyonlar görülür. Bunlar, bronşların dilatasyonu, solunum sayısında, kalp atış hızında, kan basıncında (periferel vazokonstriksiyon), kan glikoz düzeyinde ve kas gerginliğinde artma, oksijen saturasyonunda azalma, pupillalarda dilatasyon ve gastrointestinal mobilitede azalmadır. Ağrıya fizyolojik tepkinin sürekliliği bireye ciddi zararlar verebilir (52, 53).

Davranışsal Belirtiler: Psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda vücut dili seçenek olarak gelişir ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak vücut dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını, şiddetini ve sürekliliğini etkiler (54). Ağrı göstergesi olan tipik vücut hareketleri, yerinde duramama, kasları germe, ellerle veya parmaklarla oynama, yüz ifadeleri, suratı buruşturma, dişleri gıcırdatma ya da sıkma, alını buruşturma, dudakları ısırma, ağzını veya gözlerini açma ya da kapatma, ağrılı kısmı kaldırma, ağlama, inleme, gibi sesler çıkarma olarak sıralanabilir (55).

2.5.4. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği (The International Association for the Study of Pain) ve Avrupa Federasyonu Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği Kuruluşu (The European Federation of the International Association for the Study of Pain Chapters) hazırladıkları ortak bildirmede, “*Ağrının giderilmesi bir insan hakkı olmalıdır*” ifadesine yer vermişlerdir. Ağrısız bir yaşam sürmek her çocuğun hakkıdır. Çocukların ağrısını gidermek ve yaşam kalitesini yükseltmek ise hemşirelik bakımının temel amaçlarından birisidir (22). Ağrının değerlendirilmesinde hedef; ağrıyı belirlemek, en aza indirmek, etkili ve doğru bir ağrı kontrolü sağlamaktır. Çocuklarda ağrının doğru bir şekilde ölçülmesi ve

değerlendirilmesi ağrı kontrolünü kolaylaştırır. Ancak ağrının subjektif ve çok boyutlu bir deneyim olmasının yanı sıra çocukların gelişim düzeyine bağlı olarak ağrıyı sözel olarak ifade edememeleri, ağrılı girişimlere yönelik korkuları, ağrı belirtilerini kaygı, açlık, yalnızlık, anne-babadan ayrılma ve korku belirtilerinden ayırma güçlüğü, sağlık profesyonellerinin ağrı konusundaki yanlış inançları ve bilgi yetersizlikleri, ağrının değerlendirilmesini daha da güçleştirmektedir (22).

Ağrı ifadesi fiziksel ve duygusal durumu, başa çıkma tarzını, aile ve kültürel beklentileri yansıtır ve kimi zaman yanlış yorumlanabilir. Örneğin, şiddetli ağrı yaşayan çocuklar, ağrının ciddiyeti hakkında beklenen davranışsal kanıtları göstermeyebilir. Özel sağlık bakımı ihtiyacı olan veya gelişimsel yetersizliği olan çocukların yaşadığı ağrıları doğru değerlendirmek özellikle zor olabilir. Zihinsel engelli çocuklarda olduğu gibi, hastayla iletişimin güç olabileceği durumlarda dikkatli ve ayrıntılı değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Çocuk ve hemşire arasındaki kültürel ve dil farklılıkları da değerlendirmede özen gerektirir. Hastalar ağrısını bildiremediğinde, güvenilir değerlendirme genellikle ebeveyninden veya çocuğu iyi tanıyan başka bir kişiden alınabilir (35).

Çocuklarda Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler: Çocukluk çağı; 0-18 yaş grubu gibi, geniş bir alanı kapsamaması ve her yaş grubunda çocukların farklı gelişimsel özellikler göstermesi nedeniyle aşağıda belirtilen birçok ağrı tanılama aracının kullanılmasını gerektirmektedir.

- Yenidoğan Ağrı Ölçeği (Neonatal Infant Pain Scale: NIPS)
- Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS)
- Wong Baker Ölçeği/ Ağrı Yüz Değerlendirme Ölçeği
- FLACC Skalası (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
- Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale: N-PASS)
- Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né: EDIN)
- COVERS Ağrı Skalası (COVERS Neonatal Pain Scale)
- PIPP (Prematurite Infant Pain Profile) Skalası:

2.5.5. Çocuk Yoğun Bakım Hastasında Ağrıya Neden Olan Faktörler

Yoğun bakımda çocuklar için ağrıya neden olan birçok etken vardır. Bu etkenler; akut veya kronik hastalık, cerrahi girişimler, travma, invaziv/ noninvaziv girişimler ve uzun süre yatağa bağlı kalmadır. Birçok hemşirelik bakımı ve tıbbi uygulama (aspirasyon, pozisyon verme, pansuman değişimi, bilinç takibi, katater açılması ve çıkartılması, entübasyon ve ekstübasyon) ağrıya neden olur (22). Yava ve arkadaşlarının (2013) çocuk yoğun bakımda yaptıkları çalışmada noninvaziv ve invaziv girişimlerden önce ve sonra Sayısal Değerlendirme Ölçeği kullanılarak ağrı değerlendirilmiştir. Solunum egzersizleri, drenlerin sağılması ve çıkarılması, endotrakeal aspirasyon ve mobilizasyondan sonra hastanın ağrısının arttığı ortaya çıkmıştır (56).

2.5.6. Çocuk Yoğun Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Ağrı, yoğun bakım ve acil servislerde birçok hastanın başlıca şikayetlerinden biridir (57, 58). Etik açıdan, insanı giderilebileceği halde ağrı yaşamasına izin vermek doğru değildir. Ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak; kontrol altına almak oldukça zordur. En önemli nokta ağrıyı hastanın kendisini rahat hissettiği ve günlük yaşamını devam ettirebildiği sınırlarda azaltmaktır (59). Ağrı yönetimi, bakmakta oldukları bireyin acısını azaltmak ve refahını artırmak amacıyla hemşirelerin mesleğinin önemli bir parçasıdır. Sağlık ekibi içinde hemşire ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde kilit noktadır (48). Hemşire yoğun bakımda ağrıyla karşılaşan ilk kişidir (60). Çalışmaların azlığı, ağrı değerlendirmesi, uygun yönetim teknikleri ve kanıt dayalı hemşirelik uygulamasına yönelik algılanan engellerin üstesinden gelme konusunda bilginin yayılmasını engellemektedir (61).

Çocuklarda ağrı tedavisinde ve yönetiminde en önemli faktör, hemşirenin tecrübesi, bilgisi, davranışları ve inanışlarıdır. Hemşirenin tecrübesi ve bilgisi ne kadar çoksa ağrıyı fark etme ve tedavi etmeye çalışması o kadar erken olmaktadır (62). Yoğun bakım ünitesinde ağrının gerçekliğine dair daha fazla kanıt bulunmasına rağmen, birçok hasta için ağrıyı azaltma girişimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir (63,64). Bu nedenle, hastaların rahatını en üst seviyeye çıkarmak ve kritik bakım ortamlarında ağrıları hafifletmek için etkili yollar aramaya ihtiyaç duyulmaktadır (65).

Çocuklarda etkin ağrı yönetiminin önündeki engeller; çocukların ağrıyı algılayabilme kabiliyetleri (66), farklı yaş gruplarında ağrının nasıl

değerlendirileceğinin bilinmemesi (67), aşırı analjezi dozu korkusu ve analjezinin semptomları baskılayacağı endişesidir (68,69). Khalil (2018) ise hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemler kullanmasını engelleyen durumları hemşirelerin bilgi eksikliği, zaman sınırlılığı, iş yükü ve hastanın stabil olmaması olarak belirlemiştir (70).

Ağrı yönetimini geliştirmeye yönelik girişimler, programlar ise başarılı sonuçlar vermektedir. Treadgod ve arkadaşları (2019), çok merkezli olarak, acil servis ünitelerinde pediatrik ağrı bakım paketi uygulamasını başlatmış, bu uygulama sonucunda ağrı tanılama, ağrı puanı kayıt oranının ve analjezi kullanma oranının arttığını saptamışlardır (71). Smolle ve arkadaşları (2018) ağrı yönetimi ve kalite programını Avrupa'da birçok hastanede uygulamışlar; hekimler ve hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgileri ve hastalarla olan iletişim becerilerinde artma görmüşlerdir (72).

2.5.7. Çocuk Yoğun Bakımda Ağrıyı Azaltmada Kullanılan Yöntemler

Çocuklarda etkili ağrı kontrolü, sağlık ekibi üyeleri arasında iş birliğini ve farklı girişimleri gerektirir (22). Ağrı yönetimi, çocuk yoğun bakımda primer bakım veren hemşireler tarafından belirlenir ve kontrol altına alınır. Ağrı kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır. Bu iki yöntemin birlikte kullanılması daha etkili bir ağrı kontrolü sağlamaktadır (22, 73).

Farmakolojik Yöntemler: Ağrı kontrolünde en sık kullanılan ve en önemli yöntem ilaç tedavisidir. Çocuklarda ağrının ilaçlarla kontrolünde opioidler ve opioid olmayan analjezikler ve yardımcı ilaçlardan yararlanılır. Ağrı tedavisi için seçilecek ilaç ağrının şiddetine ve türüne göre farklılıklar gösterir. Seçilen ilaca göre uygulama yolu ve süresi belirlenir. Ağrının giderilmesi için verilen ilaç dozunun çocuğun vücut ağırlığına ve/veya vücut yüzey alanına uygun olması ilacın güvenli doz aralığında olmasını sağlamak açısından çok önemlidir (22).

Lokal Anestezikler: Deriyaltı veya topikal olarak uygulanan lokal anestezikler tetrakain, prilokain ve lidookain kritik hastalıklarda kullanılır. Çocuklarda ağrılı işlemlerden önce kısa süreli rahatlama sağlamak için verilir (74).

Non Steroid Antiinflamatuvar (NSAİİ) ve Parasetamol: NSAİİ'ler, inflamatuvar kaslardaki kritik bir enzim olan, seçici olmayan ve rekabetçi bir siklo-oksijenaz inhibisyonu yoluyla analjezi sağlar. NSAİİ'nin uygulanmasının, ameliyat sonrası yetişkin ve pediatrik ağrıda opioid gereksinimlerini yaklaşık % 15-30 oranında azalttığı gösterilmiştir. Fakat kritik hasta çocuklarda NSAİİ'nin analjezik yararları sistematik olarak çalışılmamıştır (74).

Parasetamol, hafif ila orta şiddette ağrı tedavisinde kullanılan bir analjeziktir. Opioid ajanlarla kombinasyon halinde kullanıldığında parasetamol, yüksek opioid dozlarından daha büyük bir analjezik etki üretir (74).

Opioid: Opioid ilaçlar oral, subkutan, intramusküler ve IV yolla verilir. Çocuklara opioid ilaç verilecekse ilk seçenek oral yol olmalıdır (22). Özellikle mü ve kappa opioid reseptörleri çevresel yolla çeşitli merkezlerden analjezi üretir. Diğer reseptörlerdeki etkileşimin, bu ajanlarla ilişkili advers etkilerden sorumlu olabileceğine inanılmaktadır. Sistemik analjezik ajanların farmakokinetiği ve farmakodinamiği yaşa göre değişir (74). Çocuklar (3-6 aydan küçük bebekler hariç) opioid ilaçları yetişkinlere göre daha hızlı metabolize ederler. Kullanılan opioidlerin yan etkileri; sedasyon, solunum depresyonu, bulantı, kusma, konstipasyon ve üriner retansiyondur (22).

a.Morfin: Dünya Sağlık Örgütü merdivenin 3. basamağında önerilen güçlü bir μ -opioid agonisti olan morfin, diğer tüm opioidler için referans olarak kullanılmaktadır. Tüm uygulama yollarında uygulanabilir. Morfin aktif metabolitleri morfin-6-glukuronid ve morfin-3 glukuronid, solunum depresyonu ve nörotoksisite (eksitasyon sendromu: hiperaljezi, miyokloniya, epilepsi) gibi yan etkileri özellikle de böbrek fonksiyonunun bozulması nedeniyle biriktiğinde artırabilir. Başlıca kullanım endikasyonları postoperatif ve kronik malign ağrı içindir; bununla birlikte, diğer ciddi ağrı durumlarında da (örneğin kolik ağrısı, anjina pectoris) kullanılır. Akut ağrı durumlarında, morfin, parenteral yoldan (örneğin, 2.5 ila 5 mg morfinin iv bolusları) optimal ağrının giderilmesine hızlı bir şekilde titre edilebilir, bunun üzerine morfin

plazma konsantrasyonunun, sonraki uygulamaların (örneğin düzenli aralıklarla) sabit tutulması gerekir (örn. 6-12 mg iv morfin / h). Kronik ağrı koşullarında, günlük morfin dozları uzatılmış salımlı bir formülde verilmelidir ve çığır açan ağrı en iyi şekilde günlük salımlı dozun beşte birinin hemen salınan bir formülde uygulanmasıyla tedavi edilir. Ağrı şiddeti ve morfin tüketiminin düzenli olarak izlenmesi arzu edilir (51).

b.Fentanil: Fentanil, morfinin analjezik potansiyelinin yaklaşık 100 katı olan bir sentetik opioiddir. Yüksek derecede lipitte çözünürdür ve bu yüzden hızlı etki gösterir. Fentanil uygulandığında, morfinden daha az histamin salınımına neden olmaktadır. Bu yüzden hipotansiyonun başlangıcı ile ilişkisi daha azdır. Fentanil, IV olarak verildiğinde periferde hızlı bir şekilde yeniden dağıtılması nedeniyle 30-60 dakikalık kısa bir yarılanma ömrüne sahiptir. Uzun süreli uygulamalarda, bu perifer bölmelerde birikme gelişir ve bu ilaca tolerans hızla gelişebilmektedir (74).

Sedasyonlar

a.Midazolam: Midazolam, İngiltere’ de çocuk yoğun bakım ünitelerinde ilk tercih edilen sedatif olarak önerilmektedir. İnfüzyondan sonra 1-5 dakika içinde gerçekleşen etki başlangıcıyla, etkileri tek bir infüzyondan sonra 30-120 dakika boyunca ve hatta bir haftalık sürekli infüzyondan sonra bile 48 saate kadar devam eder (75). Sedasyon ve anksiyolizin yanı sıra, midazolam da anterograd amnezi sağlar, böylece çocukların yoğun bakıma kabul edildikten sonra hoş olmayan deneyimleri hatırlamasını en aza indirir (76).

b.Kloralhidrat: Oral ya da rektal yolla uygulanabilir. Özellikle radyolojik girişimlerde uzun yıllar geniş kullanım alanı bulmuştur. Yüksek değişkenlikteki absorpsiyonu nedeniyle başlangıç zamanı ön görülemez, sedasyon süresi uzayabilir, dirençli somnolans görülür. Yarılanma ömrü 8-12 saate kadar uzar. Tekrarlayan dozlarda komaya varan bulgular meydana getirir. Kalp kasının kontraktilesini arttırır, ketokolaminlere duyarlılığını arttırır. Sedatif dozu 25-50 mg/kg (PO/rektal), 5 yaş altı çocuklarda 100 mg/kg dozlarda güvenli şekilde kullanılabilir (43).

Analjezikler

a.Ketamin: Ketamin talamus ve limbik sistem arasındaki bağlantı yollarını bloke ederek dissosiyatif anestezi adı verilen bir durum meydana getirir. Aynı zamanda kuvvetli analjezik etkilidir. Düşük doz ketamin ile iyi analjezi sağlanabilmektedir (51). Minimal kardiyovasküler ve solunum depresyonu oluşturur. Yanık pansumanı ve kemik kırıklarının tedavisi (kapalı redüksiyon yapılması) gibi ağrılı işlemlerde sıklıkla kullanılır. Damar yolu olmayan veya açılmayan çocuklarda kas içi uygulama seçeneği olduğu için kolaylıkla tercih edilir. Anestezi induksiyonu için IV 2 mg/kg, IM 10 mg/kg doz yeterlidir. Sedasyon amaçlı ise IV yoldan <1 mg/kg, intramusküler yoldan ise 3 mg/kg altında dozlar uygulanmalıdır. Astımlı çocuklarda bronkodilatasyon yaratıcı etkisi nedeniyle tercih edilir. Karaciğerde metabolize olur, böbrek yoluyla atılır. Yarılanma ömrü 3 saattir. Yan etki olarak hipertansiyon, taşikardi, kafa içi basınç artışı, sekresyon ve salivasyon artışı, halüsinasyon ve ajitasyon meydana getirir (43). Bazı çalışmalar, ketaminin cerrahi yoğun bakım hastalarında opioid gereksinimlerini azalttığını göstermiştir (51).

b.Tramadol: Zayıf bir opioid olan Tramadol, Dünya Sağlık Örgütü merdiveninin 2. basamağına aittir. Tramadol'un kendisi norepinefrin ve serotonin geri alım inhibitörlerine bağlanır ve bu da yerel norepinefrin ve serotonin konsantrasyonlarını yükseltir ve daha sonra ağrı inhibisyonuna yol açar. Tramadol %60 oranında yüksek bir biyoyararlanıma ve morfinin analjezik potansiyelinin 0.2 katına sahiptir. Opioid bileşeni, M1 bileşiğine hepatik metabolizmaya bağlı olduğundan, genetik varyasyonlar, geniş metabolizörlerden fakir şekilde farklılık gösterebilir ve dolayısıyla analjezik etkilerdeki ilgili farklılıkları farklılaştırabilir. Tramadol, bir oral (50-100-150 mg tablet) ve parenteral formülasyonu (50-100 mg) bulunur. Tüm opioidlerde olduğu gibi, hepatik ve böbrek yetmezliği, solunum depresyonu riskinde artış ile ilacın birikmesine neden olabilir. Potansiyel etkileşimler nedeniyle, tramadol, monoamin oksidaz inhibitörleriyle birlikte verilmemelidir, çünkü kombinasyon, ciddi solunum depresyonu, hiperpireksi, merkezi sinir sistemi uyarma, deliryum ve nöbetler üretebilir (51).

Nonfarmakolojik Yöntemler: Nonfarmakolojik yaklaşımlar ağrı yönetiminde kullanılan ilaç verilmeyen tedavilerdir. Hemşireler tarafından yaygın olarak kullanılır (örneğin, solunum egzersizleri, masaj, pozisyon ve müzik terapisi, diyet, egzersiz, gevşeme teknikleri ve dua) (77). Hastanın yanında ailesinin kalması da ağrıyı azaltan etmenler arasındadır (51). Ayrıca, sakinleştirici bir ses kullanmak, bilgi vermek ve derin nefes alma ağırlı prosedürler sırasında en sık kullanılan uygulamalardır (78). Yoğun bakım hemşireleri tarafından kullanılan nonfarmakolojik ağrı müdahale yöntemleri, ağrının duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyo-kültürel boyutlarını tedavi etmeyi amaçlamaktadır. Ağrı dâhil olmak üzere hastalık semptomlarını tedavi etmek için farmakolojik yöntemleri kullanmak ve tedaviyi tamamlamaları için alternatif olarak teröpatik önlemler alınması gerekmektedir (79). Bu önlemler ağrının toleransını arttırmakta, fiziksel stresi ve zayıflık hissini azaltmakta ve analjezik ilaçların kullanımını en aza indirmektedir (80). Ağrı yaşayan çocuklar için analjezi değerlendirilmesi tam anlamıyla tanımlanamamaktadır (81). Çocuğun uygun ağrı değerlendirme ve yönetimi hakkı unutulmamalıdır (82, 83).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü:

Araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma nicel ve nitel yöntemin birlikte kullanıldığı karma desen modelinde planlanmıştır. Creswell ve Plano Clark (2007) karma yöntem araştırmasını nitel ve nicel yöntemlerle veri toplama, analiz etme ve bütünleştirmeye olanak veren araştırma olarak tanımlamaktadır (96). Tashakkori ve Teddlie (1998) karma yöntem araştırmasını nitel ve nicel yöntemlerle yapılan ve pragmatist felsefeye dayalı araştırma olarak tanımlamaktadır (97). Tashakkori ve Creswell (2007) ise karma yöntem araştırmasını araştırmacının, aynı araştırma içinde nicel ve nitel yöntemleri ve yaklaşımları kullanarak veri topladığı, analiz ettiği, bulguları bütünleştirdiği ve ileriye yönelik yordamalarda bulunduğu araştırma olarak tanımlanmaktadır (98). Çeşitleme deseninin amacı nitel ve nicel yöntemleri birlikte kullanmak, elde edilen verileri çeşitlendirmek, karşılaştırmak, bütünleştirmek ve farklı, ancak araştırma soruları ile doğrudan ilgili veriler elde etmektir (84).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklem:

Araştırma Çocuk Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerle yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü sürede ÇYBÜ' sinde çalışan hemşirelerden gönüllü olanların tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇYBÜ'sinde toplam 29 hemşire çalışmaktadır, dört hemşire izinli olduğu için Sosyodemografik form ve PNKAS ölçeğini 25 hemşire doldurmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ise, çocuk yoğun bakım ünitesinde en az altı ay deneyimli 13 hemşire ile yapılmıştır, 12 hemşirenin deneyimi bir-beş ay arasında olduğu için nitel görüşmelere dahil edilmemişlerdir. Araştırmanın örneklemini gönüllü olarak katılan 25 hemşire oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Yeri:

Araştırma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇYBÜ'sinde yürütülmüştür. Çocuk yoğun bakım ünitesi 9 yataktan oluşan, üçüncü basamak bir ünedir. Gündüz ve gece vardiyasında beş hemşire çalışmaktadır.

Genellikle pnömoni, akut bronşiolit, status epileptikus, febril konvülsiyon, diyabetik ketoasidoz, trafik kazaları, yüksekte düşme tanılı hastalar yatmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Nitel verilerin toplanmasında hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sosyodemografik soru formu (Ek 1) ve Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği – PNKAS (Ek2) kullanılmıştır. Nitel verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan çocuklarda ağrı yönetimine ilişkin 10 soru içeren yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek 3) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış soru formu için uzman görüşü alınmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Soru Formu (Ek1): Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk yoğun bakımda çalışma süresi bilgilerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. PNKAS Ölçeği (Pediatrik Hemşirelerin Ağrı Konusunda Bilgi ve Tutumları Araştırması) (Ek 2): Pediatrik Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumları Araştırması (PNKAS) Manworren (2001) bu aracı, ilk olarak McCaffery ve Ferrell (1997) tarafından geliştirilen, Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumları Araştırması'nın (NKAS) bir uyarlamasından geliştirmiştir. PNKAS'ın içeriği, pediatrik ağrı yönetimi için standartları yansıtmaktadır. Çoktan seçmeli ve doğru / yanlış sorular içeren anket, çocuk hemşirelerinin ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetimi ve farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahaleler hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır (95). Anket 40 soruyu içermektedir. PNKAS birinci bölüm ilk 24 soruyu, ikinci ve üçüncü bölüm 25-40 arasındaki soruları kapsamaktadır. Anket, en yüksek 0.67 güvenilirlik testinde kabul edilebilir bir stabilite seviyesine ve Cronbach'ın 0.72 ila 0.77'lik alfa değerlerinde kabul edilebilir bir iç tutarlılık seviyesine sahiptir (85). Bu çalışma için belirlenen Cronbach alfa değeri 0.82'dir. Ölçeği kullanmak için Dr. Ayfer Ekim'den e-posta ile izin alınmıştır.

3.4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek 3): Yarı yapılandırılmış görüşme formu ağrının anlamı, ağrının nasıl değerlendirildiği, ağrı türleri ve özellikleri, ağrıya

neden olan etmenler, ağrıya neden olan invaziv girişimler, ağrıyı azaltmaya ya da yok etmeye yönelik uygulamalardan oluşan 10 soru içermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu için Çocuk Yoğunbakım konusunda deneyimi olan beş öğretim üyesi ve hemşireden uzman görüşü alınmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması:

Araştırma için Etik Kurul onayı ve Kurum izni alındıktan sonra ÇYBÜ’ünde çalışan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılmayı kabul eden hemşirelere önce sosyo demografik özellikler formu ve PNKAS ölçeğinde yer alan sorular yüz yüze görüşme yöntemi ile sorulmuş ve cevaplamaları istenmiştir. Ardından yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bu görüşme yaklaşımı, görüşme sırasında irdelenecek bir sorular veya konular listesini kapsar. “Görüşme formu, benzer konulara yönelmek yoluyla değişik insanlardan aynı tür bilgilerin alınması amacıyla hazırlanır” (86). Görüşmeci önceden hazırladığı konu veya alanlara sadık kalarak, hem önceden hazırlanmış soruları sorma, hem de bu sorular konusunda daha ayrıntılı bilgi alma amacıyla ek sorular sorma özgürlüğüne sahiptir. Sorular veya konuların belirli bir öncelik sırasına konması zorunlu değildir. Görüşme formu, araştırma problemi ile ilgili tüm boyutları ve soruları kapsamasını güvence altına almak için geliştirilmiş bir yöntemdir (84).

Bireysel Derinlemesine Görüşme: Araştırmacı derinlemesine görüşmeyi yürütürken danışman görüşmeyi izleyerek kayıt tutmuştur. Bireysel derinlemesine görüşmelerde sessiz ve rahat bir ortam sağlanabilmesi için görüşmeler çalışmanın yürütüldüğü birimin toplantı salonunda yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler 20-45 dakika arasında sürmüştür. Görüşmelerin tamamı hemşirelerin izni alınarak ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Ses kaydı sırasında araştırmaya katılanlardan sözlü onam alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi:

Nicel Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizi bilgisayarda SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve PNKAS Ölçeğine verdikleri cevaplar sayı

ve yüzde dağılımları ile açıklanmıştır. Veriler Mann- Whitney U, Kruskall Wallis testi ve korelasyon testleri kullanılarak incelenmiştir.

Nitel Verilerin Analizi: Görüşmelerin hemen sonunda aynı gün içinde kayıtlar kelimesi kelimesine (verbatim) yazılmıştır. Görüşmelerin kaydedildiği ses kayıtlarını araştırmacılar dışında hiç kimsenin duymaması sağlanmıştır. Bu nedenle ses kayıtlarının düz metine aktarımı, araştırmacının yalnız olduğu bir odada yapılmıştır. Kayıtların düz metine aktarımında hemşirelerin isimleri kullanılmamıştır, her hemşirenin ses kaydı harflerle gösterilmiştir (84). Veriler tümevarımcı analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Tümevarımcı analiz: Kodlama yoluyla verilerin altında yatan kavramları ve bu kavramlar arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmaktır. Daha önce bilinmeyen olguların, içerik analizi yoluyla açıklanması ve birtakım önermelere ulaşılması, kuram oluşturma süreci olarak tanımlanmaktadır (84).

Kodlama: Verilerin içerik analizine tabi tutulması, yani veriler arasında yer alan anlamlı bölümlere (bir sözcük, cümle, paragraf gibi) isim verilmesi sürecidir (84).

Kategori (tema): İçerik analizinde elde edilen kavramların birbiriyle belirli bir tema altında sınıflandırılmasıdır. Kavramların incelenmesi sonucunda birbirleriyle olan ilişkileri ortaya çıkarılır ve bu ilişkiler daha üst düzey bir tema ile açıklanır. Kategori ya da tema içerik analizinde elde edilen kavramlar soyuttur ve geneldir (84).

Görüşmeler, anlamsal olarak benzerliklerine göre birleştirilerek ve bu görüşleri temsil edebilecek kod isimleri oluşturulmuş, kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılıp bu kodları temsil edebilecek, tema isimleri oluşturulmuştur. İçerik analizi araştırmacı, danışmanı ve bunun dışında nitel araştırmayı ve konuyu bilen iki farklı öğretim elemanı tarafından yapılmıştır. Yapılan dört ayrı analiz sonuçları bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur (84).

3.7. Araştırma Etiği:

Çalışmanın yürütülebilmesi için T.C Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Tarih:12/12/2018, Sayı:2018/0408) (Ek 4), hastane yönetiminden (Ek 5), çalışmaya katılan hemşirelerden bilgilendirmiş gönüllü onam alınmıştır. PNKAS ölçeği kullanım izni Doç. Dr. Ayfer Ekim'den e-posta ile alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları sosyodemografik bulgular, nicel ve nitel veriler olmak üzere üç ayrı başlıkta açıklanmıştır.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan hemşirelere ait sosyodemografik özellikler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Sosyo demografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	23	92
	Erkek	2	8
Yaş (Ort:24.2±2.59)	19-24	11	44
	25-30	14	56
Medeni Durum	Evli	7	28
	Bekar	18	72
Çocuk Sahibi Olma	Evet	1	4
	Hayır	24	96
Eğitim	Lise	6	24
	Ön lisans	2	8
	Lisans	17	68
Hemşire olarak çalışılan süre	0-12 ay arası	10	40
	13 ay-3 yıl arası	13	52
	4 yıl-7 yıl arası	2	8
Çocuk yoğun bakım deneyim süresi	0-12 ay	16	64
	13 ay- 24 ay arası	5	20
	25 ay- 48 ay arası	4	16
Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri	40-50 saat	22	88
	51-60 saat	3	12
Bir shiftte yaklaşık yapılan ağrı izlemi sıklığı	4 saatte bir	12	48
	6 saatte bir	13	52
En çok kullanılan ağrı skalası	NIPS	0	0
	Yüz ağrı tanılama ölçeği	0	0
	FLACC	2	8
	Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği	3	12
	Davranışsal Ağrı Değerlendirme Ölçeği	20	80

Hemşirelerin yaş ortalaması 24.2 ± 2.59 'dur (min-max:19-30), %92'si (n:23) kadındır. Hemşirelerin öğrenim durumları incelendiğinde %68'inin lisans mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 1). Hemşirelerin %52'si (n:13) 13 ay-üç yıldır çalışmaktadır ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitesindeki deneyim süreleri ortalama 12.68 ± 12.9 ay (min- max: 2-84) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ortalama 46.2 ± 5.28 'dir (min-max: 40-60). Hemşirelerin bir şifte %52'sinin altı saatte bir ve %48'inin dört saatte bir ağız izlemi yaptıkları görülmüştür (Tablo 1). Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin %80'i (n:20) Davranışsal Ağrı Değerlendirme Ölçeğini, %12'si (n:3) Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeğini ve %8'i (n:2) FLACC ölçeğini kullandığını belirtmiştir (Tablo1).

4.2. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumları

Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının değerlendirmesi bu bölümde açıklanmıştır.



Tablo 2. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 1. Bölüm Yanıtları

PNKAS	Doğru		Yanlış	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk /adölesanın şiddetli ağrısını tanılamada, yaşam bulgularındaki değişiklikler önemli bir göstergedir.	2	8	23	92
2 yaşın altındaki çocuklarda, nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır	14	56	11	44
Bebek/çocuk/ adölesanın, dikkati başka yöne çekilebiliyorsa, bu çok şiddetli ağrı yaşamadığı anlamına gelir	12	48	13	52
Bebek/çocuk/adölesan, şiddetli ağrıya rağmen uyuyabilir	10	40	15	60
Benzer uyarılar, farklı kişilerde aynı ağrı şiddetini oluşturur	18	72	7	28
İbuprofen ve diğer nonsteroid antienflamatuar ajanlar, metastaza bağlı kemik ağrılarında etkili değildir	8	32	17	68
Orta şiddette ağrılar için nonfarmakolojik yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma) oldukça etkilidir ancak nonfarmakolojik yöntemlerin şiddetli ağrılarda etkinliği oldukça azdır	8	32	17	68
Çocuklarda, tekrarlanacak ağrılı girişimlerde (günlük kan alma gibi), ağrı ve anksiyeteye karşı daha ilk girişimden itibaren maksimum önlemler alınmalıdır ki sonraki girişimlerde oluşabilecek anksiyete düzeyi en aza indirilebilsin	21	84	4	16
Bir aydan daha uzun süreli opioid alan çocuk/adölesanda, solunum depresyonu, nadiren ortaya çıkar	16	64	9	36
Oral verilen 650 mg Acetaminophen (Parasetamol)'in analjezik etkisi 32 mg oral Codein'e eşittir	10	40	15	60
DSÖ tarafından ağrı yönetiminde, kombine ilaç grupları kullanmak yerine tek analjezik ajan kullanımı önerilmektedir	11	44	14	56
IV verilen MORFİN 'in etki süresi 4-5 saattir	5	20	20	80
Prometazin (Phenergan), opioid analjeziklerin güvenilir bir güçlendiricisidir	11	44	14	56
Ağrılı işlemler sırasında ebeveynler, çocuğun yanında bulunmamalıdır	10	40	15	60
Madde bağımlılığı öyküsü olan adölesanlara, bağımlılığın tekrarlama riski yüksek olduğu için opioid analjezikler verilmemelidir	8	32	17	68
Belirli dozun ötesinde morfin dozunun artırılması, onun analjezik etkisini arttırmaz	10	40	15	60
6 aydan küçük çocuklar analjezik olarak opioidleri tolere edemez	13	52	12	48
Bir analjezik ajana başvurmadan önce çocuk/adölesanın mümkün olduğunca, ağrıya dayanmaya teşvik edilmesi gerekir	12	48	13	52
18 yaşından küçük çocuklar ağrı şiddetini yeterince ifade edemedikleri için hemşirenin, çocuğun ağrı şiddeti konusunda ebeveynlere güvenmesi gerekir	13	52	12	48
Çocuk/adölesan, dini inancı gereği ağrı ya da acı çekmenin gerekli olduğunu düşünebilir	10	40	15	60
Anksiyolitikler, sedatifler ve barbitüratlar, ağrılı işlemler sırasında analjezik olarak kullanılabilir	8	32	17	68
Opioid analjeziklerin ilk dozundan sonra devam eden uygulamalarda, çocuk/adolesanın yanıtına göre, doz ayarlaması yapılmalıdır	18	72	7	28
Ağrıyı gidermede nonfarmakolojik tekniklerin, analjezik ilaçlarla eş zamanlı değil, tek başına kullanılması önerilir	7	28	18	72
Çocuk/adölesanın ağrısının gerçek olup olmadığına karar vermede, steril su enjeksiyonu (plasebo etki) sıklıkla kullanılan bir uygulamadır	5	20	20	80
Etkili olması için sıcak ya da soğuk uygulamanın doğrudan ağrılı bölgeye yapılması gerekir	13	52	12	48

Araştırmaya katılan hemşirelerin PNKAS ölçeğine verdikleri cevaplar Tablo 2' de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin “Çocuk /adölesanın şiddetli ağrısını tanılamada, yaşam bulgularındaki değişiklikler önemli bir göstergedir (Pnkas 1)” sorusuna çoğunlukla (%92) “Yanlış” cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “ Benzer uyaranlar, farklı kişilerde aynı ağrı şiddetini oluşturur (Pnkas 5)” sorusuna %72”sinin “Doğru” cevap verdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin” Çocuklarda, tekrarlanacak ağrılı girişimlerde (günlük kan alma gibi), ağrı ve anksiyeteye karşı daha ilk girişimden itibaren maksimum önlemler alınmalıdır ki sonraki girişimlerde oluşabilecek anksiyete düzeyi en aza indirilebilsin (Pnkas 8)” sorusuna % 84”ünün “Doğru” cevap verdiği bulunmuştur.

“IV verilen MORFİN ’in etki süresi 4-5 saattir (Pnkas 12)” sorusuna %80”inin “Yanlış” cevap verdiği görülmüştür.

“ Çocuk/adölesanın ağrısının gerçek olup olmadığına karar vermede, steril su enjeksiyonu (plasebo etki) sıklıkla kullanılan bir uygulamadır (Pnkas 24)” sorusuna çoğunlukla (%80)“Yanlış” cevap verdikleri görülmüştür.

Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 2. ve 3. Bölüm Yanıtları

PNKAS	Doğru		Yanlış	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Uzun süreli devam eden kanser ağrılarında, çocuğa opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi?	1	4	24	96
Ani başlangıçlı şiddetli ağrılarda (örneğin; travma sonrası ya da post-operatif ağrı), çocuk/adölesanın opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi?	18	72	7	28
Kanserli çocuklarda, <u>uzun süreli devam eden orta şiddetli kanser ağrıları</u> için analjezik seçiminde aşağıdakilerden hangisi tercih edilmelidir?	10	40	15	60
Aşağıdakilerden hangisi <u>oral yolla verilen 15 mg morfine eşdeğerdir?</u>	3	12	22	88
Çocuk/adölesana, <u>post-operatif ağrı için verilecek analjezikler?</u>	10	40	15	60
<u>Kronik kanser ağrısı olan bir çocuğa, giderek artan dozlarda olmak üzere 2 aydır düzenli olarak (her gün) morfin veriliyor. Dün çocuğa 2mg /saat morfin IV verildi. Bugün ise 3 saattir 2,5mg/saat morfin IV olarak veriliyor. Bu çocukta solunum depresyonu gelişme olasılığı nedir?</u>	2	8	23	92
<u>Kronik kanser ağrıları için çocuğa verilen analjezikler?</u>	20	80	5	20
Çocuk/adolesanın <u>artan dozlarda analjezi</u> talebi olması size neyi düşündürür?	5	20	20	80
Aşağıdakilerden hangisi <u>kanser ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlardandır?</u>	11	44	14	56
Çocuk/adölesanın ağrısının şiddeti ile ilgili <u>en doğru değerlendirmevi kim yapabilir?</u>	10	40	15	60
Aşağıdakilerden hangisi çocuk/adolesanın ağrısına <u>kültürel düşünce bakımından en iyiyaklaşımı tanımlamaktadır?</u>	15	60	10	40
Yaşadıkları ağrı şiddetini, daha yüksek rapor eden hastaların yüzdesi nedir?	0	0	25	100
...Bu açıklamayı kullanarak, opioid analjezikler ile ağrı tedavisi sonucunda, opioid bağımlılığının ortaya çıkma oranı nedir?	1	4	24	96
Hasta ile ilgili gözlem ve değerlendirmelerinize dayanarak hemşire gözlem dosyasındaki ağrı değerlendirme skalasına Ahmet'in ağrısını kaç olarak işaretlersiniz?	6	24	19	76
Doktor isteminde ise "AĞRISI OLDUĞUNDA" "1-3 mg morfin IV yapılacak" şeklinde ifade yer almaktadır. Bu durumda nasıl davranırsınız?	0	0	25	100
Gözlem ve değerlendirmelerinize dayanarak hemşire gözlem dosyasındaki ağrı değerlendirme skalasına Ali'nin ağrısını kaç olarak işaretlersiniz?	13	52	12	48
Doktor isteminde ise "AĞRISI OLDUĞUNDA" "1-3 mg morfin IV yapılacak" şeklinde ifade yer almaktadır. Bu durumda nasıl davranırsınız?	1	4	24	96

Tablo 3'te "Uzun süreli devam eden kanser ağrılarında, çocuğa opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi? (Pnkas 26)" sorusuna hemşirelerin genelinin (% 96) "Yanlış" cevap verdikleri bulunmuştur.

Hemşirelerin "Ani başlangıçlı şiddetli ağrılarda (örneğin; travma sonrası ya da post-operatif ağrı), çocuk/adölesanın opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi? (Pnkas 27)" sorusuna %72'sinin "Doğru" cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin "Kanserli çocuklarda, uzun süreli devam eden orta şiddetli kanser ağrıları için analjezik seçiminde aşağıdakilerden hangisi tercih edilmelidir? (Pnkas 28)" sorusuna % 60'ının "Yanlış" cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Hemşirelerin "Aşağıdakilerden hangisi oral yolla verilen 15 mg morfine eşdeğerdir? (Pnkas 29)" sorusuna çoğunlukla (% 88) "Yanlış" cevap verdikleri görülmüştür.

"Çocuk/adölesana, post-operatif ağrı için verilecek analjezikler? (Pnkas 30)" sorusuna %60'ının "Yanlış" cevap verdikleri bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin "Kronik kanser ağrısı olan bir çocuğa, giderek artan dozlarda olmak üzere 2 aydır düzenli olarak (her gün) morfin veriliyor. Dün çocuğa 2mg /saat morfin IV verildi. Bugün ise 3 saattir 2,5mg/saat morfin IV olarak veriliyor. Bu çocukta solunum depresyonu gelişme olasılığı nedir? (Pnkas 31)" sorusuna çoğunlukla (%92) "Yanlış" cevap verdikleri tespit edilmiştir.

"Kronik kanser ağrıları için çocuğa verilen analjezikler? (Pnkas 32)" sorusuna % 80'inin "Doğru" cevap verdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin "Çocuk/adolesanın artan dozlarda analjezi talebi olması size neyi düşündürür? (Pnkas 33)" sorusuna %80'inin "Yanlış" cevap verdikleri bulunmuştur.

"Aşağıdakilerden hangisi çocuk/adolesanın ağrısına kültürel düşünce bakımından en iyi yaklaşımı tanımlamaktadır? (Pnkas 36)" sorusuna %60'ının "Doğru" cevap verdikleri bulunmuştur.

Hemşirelerin "Yaşadıkları ağrı şiddetini, daha yüksek rapor eden hastaların yüzdesi nedir? (Pnkas 37)" sorusuna hepsinin (%100) "Yanlış" cevap verdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin “Narkotik/ opioid bağımlılığı, tıbbi sebeplerden değil de, fiziksel etkileri için, narkotik maddeyi ele geçirme isteğiyle beraber, psikolojik bir bağımlılık olarak tanımlanır. Fiziksel bağımlılık ve analjeziklere tolerans gelişimi, psikolojik değişikliklerle ya da psikolojik değişiklik olmaksızın oluşabilir.

Bu açıklamayı kullanarak, opioid analjezikler ile ağrı tedavisi sonucunda, opioid bağımlılığının ortaya çıkma oranı nedir? Size göre bu duruma en yakın olarak düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz (Pnkas 38)” sorusuna çoğunun (%96) “Yanlış” cevap verdikleri bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Ahmet 15 yaşında ve batın ameliyatı sonrası ilk günü. Odasına girdiğinizde, size gülümsüyor, ziyaretçileriyle konuşup şakalaşıyor. Ahmet’in yaşam bulguları TA:120/80 mmHg, Nabız:80/dk, Solunum:18/dk. 0-10 arası ağrı değerlendirme skalası üzerinde ağrısını değerlendirmesini istediğinizde, ağrı şiddetini 8 olarak belirtiyor.

“Hasta ile ilgili gözlem ve değerlendirmelerinize dayanarak hemşire gözlem dosyasındaki ağrı değerlendirme skalasına Ahmet’in ağrısını kaç olarak işaretlersiniz? (Pnkas 39A)” sorusuna %76’sının “Yanlış” cevap verdikleri tespit edilmiştir.

“Ahmet’in ağrısı değerlendirildikten sonra 2 mg IV morfin verildi. Morfin sonrasında her yarım saatte bir yapılan ağrı değerlendirmelerinizde, ağrısı 6-8 arasında değişiyordu, solunum depresyonu, sedasyon ve diğer yan etkilere ait herhangi bir bulgu saptanmadı. Yaptığınız son ağrı değerlendirmesinde de hasta ağrısının şiddetini 2 olarak belirtti. Doktor isteminde ise “AĞRISI OLDUĞUNDA” “1-3 mg morfin IV yapılacak” şeklinde ifade yer almaktadır. Bu durumda nasıl davranırsınız? (Pnkas 39B)” sorusuna hepsinin (%100) “Yanlış” cevap verdikleri bulunmuştur.

Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları

	PNKAS birinci bölüm toplam	PNKAS ikinci bölüm toplam	PNKAS üçüncü bölüm toplam	PNKAS toplam puan
Ortalama	43,68	32,61	20	37,99
Standart Sapma	12,48	11,38	21,65	9,05
Min.	20	15,38	0	21,42
Max.	64	61,53	75	52,38

Çalışmaya katılan hemşirelerin PNKAS ölçeği toplam puanları $37,99 \pm 9,05$ ve en yüksek puan 52,38'dir. Hemşirelerin PNKAS ölçeği birinci bölüm toplam puanları $43,68 \pm 12,48$ ve en yüksek puan 64, PNKAS ölçeği ikinci bölüm toplam puanları $32,61 \pm 11,38$ ve en yüksek puan 61,53, PNKAS ölçeği üçüncü bölüm toplam puanları $20 \pm 21,65$ ve en yüksek puan 75'tir.

Tablo 5: PNKAS Toplam Puan ve Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

	Yaş grup (*)			Çalışma şekli (*)			Eğitim durumu (**)		
	N	Ortalama±SS	p	N	Ortalama ±SS	p	N	Ortalama±SS	p
PNKAS Toplam	19-24	11	10,32±9,05	Gündüz	5	20,60±9,05	Lise	6	15,42
	25-30	14	15,11±9,05	Vardiya	20	11,10±9,05	Ön lisans	2	2,50
	Toplam	25		Toplam	25		Lisans	17	13,38
			,103			,009	Toplam	25	,089
PNKAS Toplam Birinci Bölüm	19-24	11	10,82±12,48	Gündüz	5	22,00±12,48	Lise	6	14,08
	25-30	14	14,71±12,48	Vardiya	20	10,75±12,48	Ön lisans	2	3,00
	Toplam	25		Toplam	25		Lisans	17	13,79
			,185			,002	Toplam	25	,130
PNKAS Toplam İkinci Bölüm	19-24	11	11,64±11,38	Gündüz	5	15,20±11,38	Lise	6	16,58
	25-30	14	14,07±11,38	Vardiya	20	12,45±11,38	Ön lisans	2	4,25
	Toplam	25		Toplam	25		Lisans	17	12,76
			,399			,443	Toplam	25	,105
PNKAS Toplam Üçüncü Bölüm Yüzde	19-24	11	12,05±21,65	Gündüz	5	12,00±21,65	Lise	6	10,42
	25-30	14	13,75±21,65	Vardiya	20	13,25±21,65	Ön lisans	2	19,25
	Toplam	25		Toplam	25		Lisans	17	13,08
			,537			,715	Toplam	25	,282

(* Mann- Whitney U testi) (**Kruskall Wallis testi) (p<0,05)

Araştırmaya katılan çocuk yoğun bakımdaki hemşirelerin; PNKAS ölçeğine verdikleri cevapların puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda iki grup arasında PNKAS toplam ($p=0,103$), PNKAS birinci bölüm toplam ($p=0,185$), PNKAS ikinci bölüm toplam ($p=0,399$) ve PNKAS üçüncü bölüm toplam ($p=0,537$) puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. PNKAS ölçek puanının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis analizinde PNKAS toplam ($p=0,089$), PNKAS birinci bölüm toplam ($p=0,130$), PNKAS ikinci bölüm toplam ($p=0,105$) ve PNKAS üçüncü bölüm toplam ($p=0,282$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. PNKAS ölçek puanının çalışma şekli değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda PNKAS toplam ($p=0,009$) ve PNKAS birinci bölüm toplam ($p=0,002$) puanları arasında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre gündüz çalışan hemşirelerin PNKAS toplam ve PNKAS birinci bölüm toplam puanları vardiyalı çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

Tablo 6: PNKAS Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Spearman's rho		Yaş	Hemşire Çalışma (ay)	ÇYB Çalışma (ay)	Haftalık Saat	Bir haftada ağırlı çocuk	Bir şifte ağırlı izlem sıklığı	PNKAS toplam	PNKAS birinci bölüm	PNKAS ikinci bölüm	PNKAS üçüncü bölüm
Yaş	Korelasyon	1,000									
	Sig. (2-tailed)	.									
Hemşire Çalışma (ay)	Korelasyon	,522**	1,000								
	Sig. (2-tailed)	,007	.								
ÇYB Çalışma (ay)	Korelasyon	,210	,562**	1,000							
	Sig. (2-tailed)	,313	,003	.							
Haftalık saat	Korelasyon	-,097	,173	,405*	1,000						
	Sig. (2-tailed)	,645	,409	,045	.						
Bir haftada bakım verilen ağırlı çocuk sayısı	Korelasyon	-,019	,123	-,078	,293	1,000					
	Sig. (2-tailed)	,929	,557	,710	,156	.					
Bir şifte ağırlı izlem sıklığı	Korelasyon	-,097	,034	,231	-,201	-,443*	1,000				
	Sig. (2-tailed)	,646	,874	,267	,336	,027	.				
PNKAS toplam	Korelasyon	,376	,371	,137	,004	-,031	-,118	1,000			
	Sig. (2-tailed)	,064	,068	,515	,984	,885	,576	.			
PNKAS birinci bölüm	Korelasyon	,311	,390	,025	-,018	,060	-,246	,884**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,130	,054	,906	,930	,776	,235	,000	.		
PNKAS ikinci bölüm	Korelasyon	,144	,131	,129	-,065	-,281	,120	,586**	,248	1,000	-,153
	Sig. (2-tailed)	,491	,531	,539	,757	,173	,568	,002	,232	.	,464
PNKAS üçüncü bölüm	Korelasyon	,286	,056	,339	,353	,103	-,066	,118	-,036	-,153	1,000
	Sig. (2-tailed)	,165	,789	,097	,083	,624	,755	,575	,866	,464	.

Hemşirelerin PNKAS puanlarının sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldığı Tablo 6'da anlamlı bir ilişki saptanmamış olmasına rağmen hemşirenin çalışma ayı ile PNKAS birinci bölüm puanları arasında zayıf bir korelasyon saptanmıştır.

4.3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşireleri ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerden Elde edilen Verilerin Analizi

Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde belirlenen ana tema, kategori ve kodlar aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 7: Hemşirelerin Ağrı Hakkındaki Düşünceleri

Ana Tema	Kategoriler	Kodlar
Ağrı Hakkındaki Düşünceler	Hemşirelerin Düşünceleri	Sıkıntı verebilecek her türlü durum, Duygu, psikolojik, fizyolojik çok büyük acı Ağrı çok geniş bir kavram, Rahatsız eden, Vücudunda ki başka işlevlerinin durmasına sebep olan, Duygu durum bozukluğu, Sebebi belli belirsiz, Hastalık kaynaklı, Huzursuzluk veren, Devam eden fiziksel acı, Anksiyete, İstem dışı bilerek vücudun rahatsız edilmesi, Kişiden kişiye farklılık gösteren, Vücutta hoş gitmeyen, Yaşam kalitesini düşüren, İrritan madde gibi vücutta salgılanan, Tam olarak tanımlamıyorum, Vücutta hoş gitmeyen ajitasyonu arttıran,

Ağrı Hakkındaki Düşünceler:

Hemşireler çocuk yoğun bakımda ağrıyla sık karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Ağrı duygusu hakkında kendi ifadelerine de yer vermişlerdir. Ağrı Hakkındaki Düşünceler ve Hemşirelerin Düşünceleri olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin Düşünceleri arasında: Sıkıntı verebilecek her türlü durum, duygu psikolojik, fizyolojik çok büyük acı ağrı çok geniş bir kavram, rahatsız eden, vücudunda ki başka işlevlerinin durmasına sebep olan duygu durum bozukluğu, sebebi belli belirsiz, hastalık kaynaklı, huzursuzluk veren, devam eden fiziksel acı, anksiyete, istem dışı bilerek vücudun rahatsız edilmesi, kişiden kişiye farklılık gösteren, vücutta hoş gitmeyen, yaşam kalitesini düşüren, irritan madde gibi vücutta salgılanan, tam olarak tanımlamıyorum ve vücutta hoş gitmeyen ajitasyonu arttıran yer almaktadır.

“Ağrı vücutta hoş gitmeyen, yaşam kalitesini düşüren, fizyolojik ya da psikolojikte olabilir. İrritan madde gibi vücutta salgılanan tam olarak tanımlayamıyorum” (S. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).



Tablo 8:Çocuklarda Ağrı Nedenleri

Ana Tema	Kategoriler	Kodlar
Ağrı Nedenleri	İnvaziv Girişimler	Entübasyon, Trakeostomi açılması, Peg açılması, Damar yolu açılması, Kateter açılması (IKB, SVK, Arter ve Diyaliz) Toraks tüpü takılması, NG takılması, Foley sonda takılması, Kan alma
	Non İnvaziv Girişimler	Pozisyon verme, Ağız, göz ve perine Bakımı, Aspirasyon, Travmalı hastalarda bez değiştirme, Travmalı hastayı hareket ettirme, Yatak yarası bakımı, Damar yolunu kontrol etme, BIS probu takma, Glob muayenesi, Entübasyon tüp bağı değişimi, Pansuman yenileme,
	Durumsal Nedenler	Hastalık, Damar yolu infiltrasyonu, Fiziksel tespit, Monitör sesleri, Fiziksel muayene, Aileden ayrı kalma, Işık, Yoğun bakımda yatma, Ortamin kalabalık olması, Ellerini, kollarını çekiştirmeleri,

IKB (Intrakraniyal Basınç), (SVK: Santral Venöz Katater), (NG: Nazogastrik Sonda), (PEG:Perkütan Endoskopik Gastronomi), (BIS:Bispektral İndeks Skor)

Ağrı nedenleri:

Hemşireler yoğun bakım ünitesinde çocukların birçok nedenden dolayı ağrı deneyimlediğini belirtmişlerdir. Ağrı nedenleri invaziv girişimler, non invaziv girişimler ve durumsal nedenler kategorileri altında sınıflandırılmıştır. Hemşireler entübasyon, trakeostomi açılması, peg açılması, damar yolu açılması, kateter açılması (IKB,SVK,Arter ve Diyaliz), toraks tüpü takılması, NG takılması, foley sonda

takılması ve kan alma gibi invaziv işlemlerin şiddetli ağrıya neden olduğunu ifade etmişlerdir.

“İnvaziv girişimler en basitinden bir çocuğa kateter takılması. IKB kateteri olabilir, IV kateterler olabilir, arter kateteri olabilir, idrar sondası bütün bu işlemler çocuklarda ağrıya yol açan işlemler. Bunları da indirmek için eğer mekanik ventilatördeyse hasta biz sedoanaljezi muhakkak veriyoruz yani hemen çocuk gelir gelmez sedoanaljezisini başlıyoruz. Eğer mekanik ventilatöre bağlı olmayan bilinci yerinde olan bir hastaysa da “tamam ablacım, birazdan bitecek, kısa süreli bitecek, o senin yararına olan bi işlem“ hani konuşarak böyle acı çekmesini indirmeye çalışıyoruz” (R. Hemşire 1,5 yıldır Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışıyor).

Hemşireler, çocuk yoğun bakım ünitesinde pozisyon verme, ağız, göz ve perine bakımı, aspirasyon, travmalı hastalarda bez değiştirme, travmalı hastayı hareket ettirme, yatak yarası bakımı, damar yolunu kontrol etme, BIS probu takma, glob muayenesi, entübasyon tüp bağı değişimi, pansuman yenileme gibi noninvaziv işlemlerin de çocuklarda ağrıya neden olduğunu gözlemlemiş ve ifade etmişlerdir.

“Evet pozisyon bacaklarını kaldırdığımız için daha fazla ağrıyı artırıyor. Pozisyon değişimlerinde de ağrının arttığını gözlemleyebiliyoruz birçoğunda. Özellikle travma hastalarında etkilenen ekstremiteye dokunduğumuz için onu hareket ettirdiğimiz için yüksek ihtimalle. Onun dışında da eğer böyle bant yapışmasından oluşan deri kalkıkları varsa, göz bakımı yaparken ağrının arttığını şahit oluyoruz derisi kalktığı için. Yine eğer ağız içinde mantar enfeksiyonu ya da soyulma gibi hastalara ağız bakımı yaparken solüsyonun (%0.2 klorheksidinli alkollü) yakmasıyla birlikte ağrının arttığına şahit oluyoruz.” (S. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

“Hemşirelik bakımlarında genelde çocuklarda en çok dikkatimi çeken perine bakımı sırasında çok huzursuz olmaları. Eğer pişiği falan varsa onlar değerlendirilebilir. Gaita çıkışı olmayan çocuklar genelde konstipe olan çocuklar perine bakımı sırasında

onlar daha çok ajite oluyorlar. Belki de hastanın her basınç artışından olabilir “ (N. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

Hemşireler fiziksel tespit, monitör sesleri, fiziksel muayene, aileden ayrı kalma, ışık, yoğun bakımda yatma, ortamın kalabalık olması, ellerini ve kollarını çekiştirme gibi durumsal nedenlerin de ağrıya neden olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yani çok karşılaştığımız şey, çocuğun uuu uzun süren işlemler, fiziksel kısıtlamalar bunlar çocuğu çok rahatsız eden durumlar. Ondan sonra damar yolunun olması, bunlar çocuğu... hani rahat bir ortam istiyor, oyun oynamak istiyor, yatak içinde rahat sağa sola dönmek istiyor, çocuğu böyle yatak içinde durdurmak zor oluyor” (H. Hemşire 6 aydır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

Tablo 9: Çocuklarda Ağrı Tanılama Belirtileri

Ana Tema	Kategoriler	Kodlar
Ağrı Tanılama	Fizyolojik Belirtiler	Kalp tepe atımında artma, Tansiyonun yükselmesi, Ateşinin yükselmesi, Solunum sayısında artma, Saturasyon değerinin düşmesi, Mekanik ventilatörle uyumsuzluk, EtcO ₂ artması, IKB yükselmesi, BIS artma,
	Davranışsal Belirtiler	Kendi ifadeleri, Gözyaşı, Sızlanma, İnleme, Bağırma, Ağlama, Kol çekme, Ajitasyon, Sözel ifade etme, Yüz buruşturma, Mimikler, Kas tonüsünde artma, Kıvrınma, Huzursuzluk,
	Ağrının Derecelendirilmesi	Davranışsal ağrı skalası, Comfort ağrı skalası, FLAAC skalası,

Ağrı tanılama:

Hemşireler, çocuk yoğun bakımda yatan hastalarda ağrıyı sürekli izlediklerini ve tanıladıklarını ifade etmişlerdir. Ağrı tanılama teması; fizyolojik belirtiler, davranışsal belirtiler ve ağrının derecelendirmesi kategorilerine ayrılmıştır. Hemşireler fizyolojik belirtileri kalp tepe atımında artma, tansiyonun yükselmesi, ateşinin yükselmesi, solunum sayısında artma, saturasyon değerinin düşmesi, mekanik ventilatörle uyumsuzluk, BIS artma, EtcO₂ artması ve IKB yükselmesi şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşireler, davranışsal belirtileri de kendi ifadeleri, gözyaşı, sızlanma, inleme, bağırma, ağlama, kol çekme, ajitasyon, sözel ifade etme, yüz buruşturma, mimikler, kas tonüsünde artma, kıvranma, huzursuzluk şeklinde ifade etmişlerdir.

“Entübeyse. Gözü açıksa gözüyle ifade edebiliyorlar yani mimikleriyle, gözüyle kapatıp sıkıp ya da kaşını kaldırıp o şekilde ağrılarını ifade edebiliyorlar. Çok daha küçük çocuklarda ağlıyorlar. Entübeyse bile böyle mimiklerinden ağlamaya çalıştığı ağrısının olduğu vücudunu çekmesi, makinayla çakışması, taşikardisinin olması hepsi ağrı ifade ediyor. Sedatize hastalarda uı ağrıyı biz nasıl anlıyoruz... BIS ‘ i artıyorsa, BIS le takip ediyoruz biz bu hastaları. Solunumu artıyorsa, sedatize olupta solunumu olan hastalarımızda oluyor tamamen uyutmuyosak ağrısı olduğunda normalden daha fazla soluması oluyor. Taşikardisi oluyor, makinayla çakışıyor, BIS i artıyor yani uyanıklığı artıyor. Bu şekilde...” (Ö. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

“Mekanik ventilatörle uyumsuzluk, hastanın tidal yapamaması ya da makinanın verdiğiinden daha fazla solumasıyla birlikte makinanın alarm vermesi “ (S. Hemşire 3 yıldır Çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

“Yani bebekler de daha çok ağlamayla yani hissedebiliyorum. Onun dışında dediğim gibi nabızı yükselir ondan sonra solunumları rahat değilse bunlar beni şüphelendiriyor. Eee çocuklarda daha huzursuzluk oluyor. Hani kıvranması yani el kol hareketlerin de hareketlilik onun dışında gece uyumaması... Şimdi ee 0 ile 2 yaş arasını değerlendirsek. Bunlarda hani yüz ifadesine bakarız ondan sonra çok mu hani huzursuz yatak içinde çok mu kıvranıyor sağa, sola ona bakarız. Ondan sonra ağlamasına bakarız. Ee onun dışında...” (H. Hemşire 6 aydır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

Hemşireler, çocuk yoğun bakım ünitesinde ağrının derecelendirmesi sırasında Davranışsal ağrı skalası, Comfort ağrı skalası, FLAAC skalası kullandıklarını belirtmişlerdir.

“Yani, şöyle değerlendiriyoruz. Bizim kullandığımız bir skala var comfort skalası. Bu comfort skalası sedasyon altındaki hastalarda ağrı eşiğini değerlendirdiğimiz bir skala. Ordaki puanlamaya göre çocuğun ağrısı vardır ya da işte çocuk ağır derecede sedatizedir, hiçbir şey hissetmiyordur deyip ona göre sedasyon hızını azaltıp ya da arttırarak aslında hem ağrısını giderip ya da tamamen hissizleşmesinden kurtarıyoruz. Onun dışında da uu dediğim gibi entübe çocuklarda ağrı eşiğini biraz daha monitördeki parametrelere göre fizyolojik değerlere göre ona göre değerlendiriyoruz
“ (N. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor.)



Tablo 10: Çocuklarda Ağrıyı Giderme Yöntemleri

Ana Tema	Kategoriler	Kodlar
Ağrıyı Giderme	Farmakolojik Yöntemler	Sedasyon uygulama, Analjezik verme, Lokal anestezi uygulama, Sedasyon hızını arttırma,
	Non farmakolojik Yöntemler	Pozisyon değiştirme, Buz uygulama, Kitap okuma, Çizgi film açma, Müzik, Kucağa alma, Kundak, Aileyi yanına alma, Oyuncak verme, Eldivenden balon yapma, Sohbet etme, Oral besleme, Oral dekstroz verme, Emzik, Masaj, Ekstremitte egzersizi, Kitap boyama, Sallama, Tablet-telefon verme, Bakım vermeme, Ortamdaki sesleri azaltma, Yatak başındaki ışığı kapatma

Ağrı Giderme:

Hemşireler, çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuklarda oluşan ağrıyı azaltmaya ya da yok etmeye yönelik tedaviler yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadelerde ağrıyı gidermeye yönelik farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler farmakolojik yöntem olarak sedasyon uygulama, analjezik verme, lokal anestezi uygulama, sedasyon hızını arttırma olarak ifade etmişlerdir.

“İuu... genelde entübasyon ağrılı bir işlem olduğu için biz buraya gelir gelmez sedasyon başlıyoruz. Dormicum - talinat infüzyonu uu bunlarda genelde ağrıyı kesen değil de ağrıyı azaltan şeylerdir. İuu vs. o kişiler ağrısı olduğunu belirtmediği için direk bu infüzyonları başlıyoruz. Bilimsel anlamda entübasyon ağrılı bir işlem olduğu için

gelir gelmez sedasyon infüzyonu, ağrı skalasını değerlendirip infüzyonunu hastanın yaşına, kilosuna göre başlıyoruz “ (S. Hemşire 1.5 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

Hemşireler, çocuk yoğun bakımda non farmakolojik yöntemlerde pozisyon değiştirme, buz uygulama, kitap okuma, çizgi film açma, müzik, kucağa alma, kundak yapma, aileyi yanına alma, oyuncak verme, eldivenden balon yapma, sohbet etme, oral besleme, emzik, masaj, ekstremitte egzersizi, kitap boyama, sallama, tablet-telefon verme, bakım vermeme, ortamdaki sesleri azaltma, yatak başındaki ışığı kapatma etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yani bence iii şey temas ve sözel konuşma ya da o yataktan kaldırıp başka bir yatağa kucağa almak ya da sandalyeye oturtmak klinik içerisinde, bazen kucağıma alıp yürütmek, gezdirmek bile bazen onun için gerçekten farklı bir durum oluyor. Farklı bir ortam ve yer. Günlerce aynı yerde kalıyor aynı yerler, aynı yatak...

Yani yürümek, bazen yürütüyoruz yürümekte iyi geliyor bence bu yani, çocukla ne kadar ilgilenbilersen aslında o kadar iyi ama işte dediğim gibi biz birinciyi çok fazla yapamıyoruz. Yapamadığımız durumlarda ebeveyn almaya çalışıyoruz anne baba “ (E. hemşire 1 yıldır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

Tablo 11: Hemşirelerin Ağrı Yönetimiyle İlgili İnançları

Ana Tema	Kategoriler	Kodlar
Ağrı Yönetimi ile İlgili İnançlar	Yöntemlerin Etkinliği	Hastanın sakinleşmesi, Hastadaki rahatlama, Hastanın susması, Hastanın uyuması, Ağrıda azalma, Farmakolojik ajana kolay ve hızlı ulaşım, Farmakolojik yöntemlerin daha kısa sürede sonuç vermesi, Nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğinin kısa sürmesi,
	Hemşirenin Rolü	Primer bakım verici olma, Hızlı müdahalede bulunma, İyi gözlem yapma, Hastaya hakim olma, Tecrübesi, Hastayla iletişimi, Hemşirenin bilgisi, İş doyumu, Farmakolojik ajan talebi,
	Hemşirelerin Başarınca Hissettikleri	Huzurlu, Hastaya faydalı, Çocuğun rahatladığını görmek mutlu hissettiriyor, Kafam rahatlıyor, Öteki hastaya daha çok odaklanıyorum, Şimdi öteki işlerimi yapabiliyorum, Kendime vakit ayrabiliyorum, Bakımımın bir yanıtı, Olumlu bir dönüt, İyi hissediyorum, Psikolojik olarak rahatlıyorum, İş doyumu, Güzel bakmanın hazzı duyma, Çok güzel bir mutluluk, Güvenli bir ortamda çalışıyorsun, Ailelerden olumlu yanıtlar almak, Motive ediyor, Daha verimli çalışıyoruz, Hastadan etkileniyoruz

Tablo 11: Hemşirelerin Ağrı Yönetimiyle İlgili İnançları (Devam)

Ağrı Yönetiminde Engeller	Hemşirenin iş yükü, Hemşirenin alışkanlıkları, Hemşirenin non farmakolojik yöntemler konusunda bilgi ve uygulamalarının sınırlı olması, Hemşirenin ağrıyı algılama düzeyleri, Hemşirenin kendini yeterli görmemesi, Hemşirenin ağrıyı değerlendirememesi, Ortamdaki sesler, Çocuğun alışkanlıkları, Hemşireler arasındaki farklı yaklaşımlar,
---------------------------	---

Ağrı Yönetimi ile İlgili İnançlar:

Hemşireler, çocuk yoğun bakıma yatan çocuklarda ağrı yönetimindeki inançları ile ilgili ifadelerde bulunmuşlardır. Ağrı yönetimindeki inançlar yöntemlerin etkinliği, hemşirenin yeri ve ağrı yönetimindeki engeller olarak sınıflandırılmıştır. Hemşireler, çocuk yoğun bakımda farmakolojik yöntemlerin daha kısa sürede sonuç vermesi nedeniyle tercih edildiğini, non farmakolojik yöntemleri ise daha az kullandıklarını belirtmişlerdir.

“İkisi de var, farmakolojik yöntemlere çok daha kolay ve hızlı ulaşabiliyoruz. Evet kısa sürede etki alabiliyoruz. Etkinliğini de hemen alıyoruz, yapacağımız işlemleri de müdahale edip çok hızlı biçimde yapıyoruz o yüzden farmakolojik yöntemler “ (F. Hemşire 4 aydır çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışıyor).

Hemşireler, ağrı yönetiminde Hemşirenin rolü kategorisi altında hastanın ağrısını giderdiklerinde yaşadıkları mutluluğu ifade etmişlerdir.

Çocuk yoğun bakımda yatan çocuklarda ağrıyı gidermeye ya da yok etmeye yönelik duygusal yaklaşımlar ifade edilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerden biri kendi aile bireyleriyle çocuk yoğun bakımda yatan çocukları bağdaştırdığını ifade etmiştir. R. Hemşire konuşma sırasında kendini şöyle ifade etmektedir:

“Yeğenlerimle bağdaştırıyorum. Onu (hastamı) mutlu ettiğim zaman daha da mutlu oluyorum. Evet diyorum ben güzel bir şey yaptım. Bu hastaya faydam dokundu

diyebiliyorsam bu beni gerçekten de mutlu ediyor” (R. Hemşire 6 aydır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

“Çocuğun ağrısı azaldığında hani mutlu oluyorum ve hani çocukta rahatlamış oluyor. Çocukların rahatlığı önemli zaten benim için özellikle ve herkes için öyledir de yani çocuklar rahatlayınca hani o rahat uyuduğunda mesela bende rahat oluyorum. Bende rahatlıyorum oh be rahatladım diyorum ağrısı azaldı diyorum falan öyle. Hemşirenin rolü gerçekten bu konuda hani çok büyük çok hani çocuk yoğun bakımda çocuklarla birebir ilgilenen kişileriz. O yüzden hani çocukların ağrısını ilk fark eden bizleriz o yüzden bizim rolümüz büyük “ (N. Hemşire 4 aydır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

“Hemşirenin yeri birinci derecededir bence hekimden daha etkili olduğunu düşünüyorum hemşirenin. Hani ağrıya birebir karşılaşma birebir ee ağrının non farmakolojik veya farmakolojik olarak giderilmesini sağlama yani öncelikle hemşirenin sorumluluğunda ve daha çok gördüğü karşılaştığı şeydir yani bence” (B. Erkek Hemşire, 1.5 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

Çocuk yoğun bakımda hemşirelerin hastaya primer bakım veren, hastayla sürekli etkileşim halinde olan ve hastayı en iyi gözlemleyen ekip üyesi olduğunu, hastanın ağrısının olup olmadığını ve hangi yöntemin kullanılacağına karar vermede etkili olduğunu düşünen R. Hemşire şöyle ifade etmiştir:

“Asistanlar, hastaya bakıyor gidiyor. Sürekli takibini biz yapıyoruz. Sakin anına denk gelmişse hastanın der ki işte bu hasta sakın. Hasta ağrı hissediyorsa bunu ben ona söylerim. Gerçekten ağrısı var bir şey uygulanabilir mi? Nonfarmakolojik yöntem yoksa,. Farmakolojik yöntem varsa orda hekimi yönlendiren genelde burada hemşire oluyor”(R. Hemşire 1,5 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

Hemşireler çocuk yoğun bakım ünitesinde ağrıyı gidermede karşılaştıkları engeller de hemşirenin iş yükü, hemşirenin alışkanlıkları, hemşirenin nonfarmakolojik yöntemleri bilmemesi, hemşirenin ağrıyı algılama düzeyleri, hemşirenin kendini yeterli

görmemesi, hemşirenin ağrıyı değerlendirememesi, ortamdaki sesler, çocuğun alışkanlıkları olarak ifade etmişler.

“Ben yine hep şeye bağlıyorum. Yoğun bakımda yatış ve aileden uzak kalmaya bağlı olarak çocukların hep bi ajitasyonda olmaları ve ağrılarının olmadığı aslında da bazen böyle çok fazla ajitasyonda olduklarından dolayı hani bizi bunu hep gözlemlememiz ağrı esnasında da yine buna yorumlamamız. Daha etkin bir iletişim kurabilirsek eğer gerçek durumunu daha iyi tespit edebiliyoruz. Burası yoğun bakım onlar için büyük bir travma ama bazıları daha sakin olduklarında ağrı olduğunda daha kolay tespit edebiliyoruz. Zaten çocuk sakin ee eğer ajiteyse ağrısı vardır diye düşündürebiliyor bizi. Ama hani hep ajite hep huzursuz çocuklarda bunu kaçırabiliyoruz ya da yine ajitasyonuna bağlayabiliyoruz. Aslında çocuğun bi bakıyoruz ağrısı var gerçekten ağrı çekiyor ve biz bunu geç tespit etmiş oluyoruz “(S. Hemşire 3 yıldır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

“Ebeveynlerden neleri seviyor, nasıl uyumayı seviyor, ondan sonra hangi oyuncaklarını seviyor, acıktığında kendini nasıl ifade ediyor, bunlar konusunda hani biraz daha belki aileden biraz daha bilgi daha fazla bilgi almak hani çocuğu nasıl durdurabilir. Neleri seviyor, neleri sevmiyor ondan sonra hem nasıl pozisyonda yatıyor gece ondan sonra sevdiği yiyecekler ne, bunları aslında biraz daha aileden tam bilgiyi alıp da böyle hani bakmak daha mantıklı geliyor. Çünkü sadece hastalığını bilmek yetmiyor çocuk açısından” (H. Hemşire 6 aydır çocuk yoğun bakımda çalışıyor).

5. TARTIŞMA

Çocuk yoğun bakımdaki kritik hastalarla çalışan hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla karma desen yöntemiyle

yürütülen bu çalışmaya 25 hemşire katılmış, bu hemşirelerin 13'ü ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %52'si ağrıyı 6 saatte bir, %48'i 4 saatte bir değerlendirdiğini belirtmiştir. Bu sonuca göre ağrının sürekli izlendiği, beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edildiği söylenebilir. Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'nun da belirttiği gibi ağrı beşinci yaşam bulgusu olarak izlenmelidir. Twycross, Finley ve Latimer (2013) postoperatif ağrı yönetimine ilişkin yapılan gözlemsel çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunlukla ağrı tanıladığını ancak bu tanılamaların genellikle kayıt edilmediğini saptamışlardır (87). Pediatri hastanesinde ağrı yönetimini iyileştirmeye yönelik yürütülen program sonucunda; başlangıçta %4 olan ağrı skalası kullanımının arttığı, prosedürel ağrı yönetimi ve kayıta ise düşük düzeyde başarı elde edildiği saptanmıştır (88). Ağrının hangi sıklıkta izlenmesi gerektiği ise hemşirenin hastanın durumuna göre bağımsız şekilde karar verdiği bir durumdur.

Çocuk yoğun bakımdaki hemşireler NIPS ve Yüz Ağrı Tanılama Ölçeği skalasını hiç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum iki ölçeğin de yenidoğanlarda kullanılması nedeniyle çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde uygun olmamasından kaynaklanmaktadır. Çalışmada hemşirelerin %80'i çocuk yoğun bakımda en çok Davranışsal Ağrı Değerlendirme Ölçeğini kullandıklarını belirtmişlerdir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde hemşireler hastaların yüz ifadesine, kas hareketlerine, mimiklerine ve hastanın ağlamasına göre ağrıyı değerlendirdiklerini ifade etmiştir. Karayurt (2008) ve Karahan ve arkadaşlarının (2012) araştırmalarında belirtilen Davranışsal Ağrı Skalası, iletişim kurulabilen ve sedasyon almayan hastalarda, hastayı en iyi şekilde ifade eden skaladır. Davranışsal Ağrı Skalası, hastanın ağrıya fizyolojik, psikolojik yanıtını ve ağrı şiddetini belirlemede kullanılabilir (89, 90). Çin'de pediatrik yoğun bakım ünitelerini kalite indikatörleri açısından inceleyen bir çalışmanın sonucuna göre yedi yoğun bakım ünitesinden sadece ikisinde ağrı yönetimine ilişkin bir protokol olduğu, FLACC, Görsel Analog Skala ve Wong-Baker skalalarının yaş dönemlerine uygun olarak en sık kullanılan ağrı tanılama araçları olduğu belirtilmiştir (91).

Tablo 1'de en çok kullanılan ağrı skalası sorusuna hemşirelerin %12'si COMFORT-Sayısal Değerlendirme Ölçeği cevabını vermişlerdir. İsta ve arkadaşları

(2005) küçük çocuklar ve ağrısını ifade edemeyen çocuklarda hemşirelerin görüşlerinin gümüş standart, COMFORT skalasının ise altın standart olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir. Sayısal Değerlendirme Ölçeği, davranışsal ve fizyolojik değişiklikleri kapsar ve sayısal verilerle ağrı düzeyini belirler (92). Hemşireler; hastanın bilinç durumuna göre sedasyon dozunda değişiklik yapıldığını, mekanik ventilatörle uyumsuz fizyolojik parametreler (solunum sayısı, tansiyon, kalp tepe atımı, BIS) gösteriyorsa hekim orderıyla sedasyon dozunu arttırarak hastanın ağrısının en aza indirildiğini ifade etmişlerdir. Gopisetti'nin de (2019) belirttiği gibi yoğun bakımda çocuklar için etkili analjezi ve sedasyon sağlanması, çocuğun hem fiziksel rahatlığına hem de fizyolojik parametrelerine dikkat etmeyi içermektedir. Hastaya sedasyon verilmesinin amacı, çocuktaki endişe ve sıkıntıyı azaltmak, rahatsız edici durumları ortadan kaldırmak ve istemeden/kendi kendine ekstübasyon riskini azaltmaktır (74).

Tablo 2'de "çocuk/adölesanın şiddetli ağrısını tanılamada, yaşam bulgularındaki değişiklikler önemli bir göstergedir" ifadesine hemşirelerin %92'si Doğru yanıtını verdikleri gözlemlenmiştir. Ancak PNKAS cevap anahtarına göre sorunun cevabının "Yanlış" olması gerekmektedir. Bu durumun PNKAS'ın İngilizce'den Türkçe'ye çevirisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ağrı, subjektif ve çok boyutlu bir deneyim olarak kabul edilmektedir (93). Tablo 2'de, benzer uyaranların farklı kişilerde aynı ağrı şiddetini oluşturur ifadesine hemşirelerin %72'sinin doğru yanıtını verdikleri görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin, çocuklarda tekrarlanacak ağrılı girişimlerde (günlük kan alma gibi), ağrı ve anksiyeteye karşı daha ilk girişimden itibaren maksimum önlemler alınmalıdır ki sonraki girişimlerde oluşabilecek anksiyete düzeyi en aza indirilebilsin ifadesine %84'ü doğru yanıtını vermişlerdir. Heijden (2015) ve Brown (2014) yaptığı çalışmalarda, hastanede yatan çocuklarda ağrı ve anksiyete azaltmaya yönelik ağrılı işlemlerden önce, işlem sırasında ve sonrasında psikolojik girişimler sunmanın faydalarını ortaya koymaktadır (94, 36).

Tablo 2'de yer alan, IV verilen MORFİN 'in etki süresi 4-5 saattir ifadesine hemşirelerin % 80'nin yanlış yanıtı verdikleri görülmüştür. Gopisetti'nin (2019) de belirttiği gibi morfin yaygın olarak kullanılan sadece zayıf lipitte çözünen bir opioiddir. İntravenöz olarak 0.1 mg / kg'luk tek bir doz verildiğinde analjezik etkisi 20

dakika sonra meydana gelir ve etki süresi yaklaşık 4 saattir (74). Brezilya’da pediatri ünitelerinde ağrı yönetiminde opioidler konusundaki bilgi düzeyini belirlemek amacıyla hekim, hemşire, fizyoterapist gibi birçok disiplinle yürütülen çalışmada doğru cevap yüzdesi 63.12 ± 1.4 olduğu belirtilmiştir. Hastanın ağrısının nedeni bilinmiyorsa opioid kullanılmamalıdır şeklindeki yanlış cevap yüzdesi %47 olarak bulunmuştur. De Freitas ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada çocuklarda ağrı tanılama da ağrı skalası kullananların oranı %8.8 olarak belirlenmiştir. %50.8’i ağrı yönetimi konusunda eğitim almadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların çocuk hastaların kendilerini ifade etmesindeki güçlüğü, ilaç order edilmemesini, ilaçların yan etkilerinden korkulmasını, opioidlerin bağımlılık ve tolerans geliştireceğini düşünmeleri, profesyonellerin bilgi ve farkındalığının eksik olmasını ağrı yönetimini engelleyen durumlar olarak belirtmişlerdir (37). Opioidlerin sık kullanılmaması da hemşirelerin bu konuda bilgilerinin yetersiz olmasına yol açmış olabilir. Buna göre hemşirelerin morfinin etki süresini yeterince bilmedikleri, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesinin yararlı olacağı söylenebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin PNKAS ölçeği puanları %37,9’dur. Ekim ve Ocakçı’nın (2010) çalışmasına katılan hemşirelerin puanı ise %38,2’dir. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin PNKAS puanlarının düşük olduğu söylenebilir. Çalışmanın yürütüldüğü Yoğun bakım Ünitesinde yatan hasta özellikleri hemşirelerin PNKAS ölçeğinde yer alan bazı soruların cevaplarını bilmemelerine neden olabilir. Ölçekte Onkoloji hastalarına yönelik sorularda yer almaktadır ancak çalışmanın yapıldığı yoğun bakımda onkoloji hastalarına bakım verilmemektedir. Bunun yanında hemşirelerin çalışma yılının en fazla 7 yıl, çocuk yoğun bakımda ise en uzun çalışma yılının 48 ay olması nedeniyle de hemşirelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hemşireler ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerden pozisyon değiştirme, dikkati başka yöne çekme, kucağa alma, kundak, aileyi hasta yanına alma gibi çok sayıda yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. Kateterlerin çıkarılması da ağrıya neden olduğu halde hemşireler SVK, toraks tüpü takılması gibi girişimlerin ağrıya neden olduğunu ifade etmişlerdir. Postoperatif ağrı yönetimine ilişkin yapılan gözlemsel çalışmada hemşirelerin büyük çoğunlukla postop dönemde ağrı yönetiminde nonopioid ilaçların düzenli order edildiği ve uygulandığı ancak

nonfarmakolojik yöntemlerin sınırlı derecede uygulandığını, çoğunlukla ağrı puanı beş ve daha üzerinde olduğunda girişimde bulunulduğu belirtilmiştir (67).



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul ilinde çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı yönetimine ilişkin uygulamalarının ve inançlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumunun ortalamanın çok az üzerinde olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerle yapılan nitel görüşmelerden elde edilen veriler 5 ana tema ve 13 kategoriden oluşmaktadır. Yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerde ağrı nedenleri arasında invaziv, noninvaziv girişimler ve durumsal nedenler yer almıştır. Hemşireler ağrıyı; anksiyete, devam eden fiziksel acı, duygu durum bozukluğu, yaşam kalitesini düşüren ve tam olarak tanımlayamadıkları bir durum olarak ifade etmişlerdir. Ağrı tanılama ana teması altında fizyolojik, davranışsal belirtiler ve ağrı derecelendirmesi yer almıştır. Hemşireler, çocuk yoğun bakımda ağrıyı gidermede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kullandıklarını en sık farmakolojik yöntemleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Analjeziklere kolay ulaşılması, kısa sürede etki etmesinin farmakolojik ajan kullanımının tercih nedeni olarak açıklamışlardır. Hemşireler ağrıyı giderdiklerindeki çocuğun rahatladığını görmenin kendilerini mutlu hissettirdiğini, psikolojik olarak rahatladıklarını ve diğer işlerine vakit ayırabildiklerini söylemektedir. Ağrı yönetimindeki engeller arasında ise; hemşirenin iş yükü, hemşirenin non farmakolojik yöntemler konusunda sınırlı bilgi ve uygulamalara sahip olması, hemşirenin kendini yeterli görmemesi gibi engellerden söz edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin çeşitlendirilerek farmakolojik yöntemlerle birlikte klinik uygulamalara dahil edilmesi,
- Çocuklarda daha başarılı ağrı yönetimi için, yoğun bakımda hemşirenin bakım verdiği hasta sayılarında düzenleme yapılması,

- Mezuniyet sonrası pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrının giderilmesi konusuna yönelik hizmet içi eğitim programları ile desteklenmesi,
- Gerçekleştirilen araştırma sonuçlarının klinik hemşireleriyle paylaşılarak uygulamaya yansıtılması,
- Araştırmanın farklı hastanelerde, daha büyük örneklem ve klinik deneyimi daha fazla olan hemşirelerle yapılması önerilebilir.
- Lisans eğitiminde farmakolojik ve non farmakolojik ağrı yönetiminin öğrencilere mezuniyet öncesi kazandırılması için simülasyon yöntemi ile ağrı tanılama, non farmakolojik ağrı yöntemleri konusunda öğrencinin yeterliliğinin sağlanması önerilebilir.

7.KAYNAKÇA

1. International Association for the Study of Pain (IASP) (2010). Pain Terminology. <http://www.iasp-pain.org/>.
2. Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme ve yönetim. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (2): 41-48.
3. Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Yenidoğanlarda ağrı ve non farmakolojik tedavi. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi 2011; 27(1): 46-51
4. Taddio A, Appleton M. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ 2010; 182 (18):843-853.
5. World Health Organization. Kangaroo Mother Care, A practical Guide Geneva. (2003).
6. Ismail A, Forgeron P, Polomeno V, et al. Pain management practice and guidelines in jordanian pediatric intensive care units. Pain Management Nursing, 2018; 19(2): 195-203
7. Oakes L. Compact clinical guide to infant and child pain management. In: D'Arcy (ed.), Springer Publishing. New York, 2011: 368 page. E-kitap ISBN: 978-0-8261-0618-6.
8. Srouji R, Ratnapalan S, et al. Pain in children: assessment and nonpharmacological management. International Journal of Pediatrics 2010; 694–699. <https://doi.org/10.1155/2010/474838>.
9. Rennick J, Morin I, Kim D, et al. Identifying children at high risk for psychological sequelae after pediatric intensive care unit hospitalization. Pediatric Critical Care Medicine 2004; 5: 358–363.
10. Stevens BJ, Abbott LK, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals.. CMAJ 2011, Apr 19;183(7):E403-10.
11. Pierce N, LaFond C. Nonpharmacological pain interventions in the pediatric intensive care unit: who receives what? The Journal of Pain 2019; 20(4): 11-12.
12. Park S, Na SH, et al. Pain and anxiety and their relationship with medication doses in the intensive care unit. Journal of Critical Care 2018; 47: 65–69.
13. Harris J, Ramelet AS, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. Intensive Care Med 2016;42:972-86.
14. Foster M, Whitehead L, Maybee M. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting. J. Fam. Nurs 2013; 19: 431–468.
15. Yorke D. Parents' memories of having a child die in the Pcu. Connect The World of Critical Care Nursing. 2011; 8: 97–102.
16. Denis-Larocquea G, Williams K, et al. Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing 2017;43: 149–155.

17. TDK Büyük Türkçe Sözlük.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5bf1f9930c68f7.74561866 Erişim Tarihi: 19.11.2018
18. Melzack R. The Puzzle of Pain. New York, NY: Basic Books Inc; 1973
19. Esen H, Öntürk ZK, Badır A, Eti Aslan F. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 1(2): 89-93.
20. Oulton JA. Inside view: the time is now for strong, sustained WHO nursing leadership. Int Nurs Rev 2002; 49: 207-208.
21. Melzack R, Katz J. Pain assessment in adult patients. In: Wall PD, Melzack R, (eds). Textbook of pain (5th edition). Edinburgh, UK: Elsevier Churchill Livingstone 2006: p:291–304.
22. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolşık B. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi.2013. s:885-903.
23. Erdine S; Ağrının Tanımı, Erdine S (ed);. Ağrı Sendromları ve Tedavisi, Genişletilmiş 2. Baskı, Gizben Matbaacılık, İstanbul, 2003; 1-7.
24. Todd W. Vanderah TW. Pathophysiology of Pain. Med Clin N Am 91 2007; 1–12.
25. Bal V. Şok dalgaları ile taş kırma işleminde ağrı ve anksiyete üzerine müziğin etkisi. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002
26. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965;150: 171-179.
27. Joel D, Berman Z, et al. Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. PNAS December 15, 2015 112 (50) 15468-15473.
28. Katz J, Rosenbloom N B. The golden anniversary of Melzack and Wall's gate control theory of pain: Celebrating 50 years of pain research and management. Pain Res Manag. 2015; 20(6): 285–286.
29. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3(2): 37-48.
30. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14: 53-58.
31. Eti-Aslan F. Ağrı doğası ve kontrolü.1. basım. İstanbul. Avrupa Tıp Kitapevi, 2006.
32. Helms EJ ve Barone PC. Physiology and treatment of pain. Critical Care Nurse 2008, vol 28, no:6.
33. Kanner R. Tanımlamalar. In: Kanner R, ed. (çeviri ed: Özyalçın S.) Ağrının sırları. New York: Hanley & Belfus. 2005; p:1-15.
34. Raj PP. Ağrı taksonomisi. Erdine S (ed). Ağrı, İstanbul; Alemdar Ofset, 2000: 12-20.
35. American Academy of Pediatrics, American Pain Society. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. Pediatrics 2001; 108(3): 793-797
36. Brown NJ, Kimble RM, et al. Play and heal: randomized controlled trial of Ditto intervention efficacy on improving re-epithelialization in pediatric burns 2014; 40(2): 204-213.

37. De Freitas GRM, de Castro CG, et al. Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. *Pain Medicine* 2014; 15(5): 807–819.
38. Maunuksela EL, Olkkola KT, Korpela R. Measurement of pain in children with self-reporting and behavioral assessment. *Clinical Pharmacology And Therapeutics* 1987; 42(2): 137-41.
39. Jacob E, Puntillo KA. Variability of analgesic practices for hospitalized children on different pediatric specialty units. *Journal Of Pain And Symptom Management* 2000; 20(1): 59-67.
40. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Research & Management* 2008; 13(1): 25-32.
41. Karling M, Renstrom M, Ljungman G. Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2002;91(6):660- 6.
42. Phillips DM. JCAHO pain management standards are unveiled. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JAMA* 2000; 284(4): 428-9.
43. Devecioğlu Ö. Çıtak A. *Pediatric Rutinler. İstanbul Tıp Kitabevleri* 3.baskı 2014; 874-883
44. Alehan F. Çocukluk çağı baş ağrılarının prospektif değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46: 38-42.
45. Stanford EA, Chambers CT, et al. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain* 2008; 138: 11-21.
46. Seyoum D, Massa D, et al. Investigations of pain status in children admitted to pediatric critical care in a tertiary medical center in Ethiopia. *Gülhane Tıp Dergisi* 2015;57: 388-391.
47. Tumin D, Drees D, et al. Health Care Utilization and Costs Associated With Pediatric Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 2018; 19(9): pp 973-982.
48. Elçigil A. Çocuğun Ağrısının Yönetiminde Pediatri Hemşiresinin Karar Vermesini Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4(1): 48-53.
49. Emir S, Cin Ş. Çocuklarda ağrı: Değerlendirme ve yaklaşım. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2004; 57(3): 153-160.
50. McGrath PJ, Finley GA, et al. Pain, go away: helping children with pain. *Pediatric Pain Research Lab Psychology Department, Dalhousie University. Canada* 2003; 1-28.
51. Kopf A. Patel N.B. Guide to pain management in low-resource settings. *IASP* 2010; page:13-269.
52. Cheever K. Reducing the effects of acute pain in critically ill patients. *Dimens of Critical Care Nursing* 1999; 18 (3): 14–23.
53. Brown AK, Chiristo PJ, Wu CL. Strategies for postoperative pain management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2004; 18 (4): 703–717.
54. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(2): 89-99.

55. Pasero C. Pain in the critically ill patient. *Journal of PeriAnestesia Nursing* 2003; 6: 422–425
56. Yava A, Çiçek H ve ark. Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2013 Vol 6 Issue 3.
57. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Acute and chronic pain: a narrative review of the literature. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012; 25(spe1): 150–154.
58. Souza LAF, da Costa PAP, Barbosa MA. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2013; 34(1): 187–195.
59. Bacaksız BD. Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2007:
60. Pawar D, Garten L. Guide to Pain Management in Low-Resource Settings Chapter 34 Pain Management in Children. Page:255-268.
61. Calil AM, Pimenta AM. Importance of pain evaluation and standardization of analgesic medication in emergency services. *Acta paul. Enferm*, 2010 vol.23(1), pp.53-59.
62. Bennett M. Pain assessment and management in pediatric intensive care. *Pediatric Nursing* 2001; 13(5): 26-28.
63. Vranic TJ, Canzian S, et al. Patient Satisfaction and Documentation of Pain Assessments and Management After Implementing the Adult Nonverbal Pain Scale. *Am J Crit Care* July 2010 (19), Page: 345-354.
64. Gulik V, Laura; Ahlers L, et al. Improved analgesia after the realisation of a pain management programme in ICU patients after cardiac surgery. *European Journal of Anaesthesiology*: October 2010 - Volume 27 - Issue 10 - p 900–905.
65. Lavery G. Optimum sedation and analgesia in critical illness: We need to keep trying. *Critical Care*, 2004: 8, 433–434.
66. Young L, Kemper KJ. Integrative care for pediatric patients with pain. *J Altern Complement Med* 2012; 19(7): 627–32.
67. Twycross A, Collins S. Nurses views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. *Pain Manag Nurs* 2013; 14(4): 164–72.
68. Walsh B, Cone DC, Meyer EM, Larkin GL. Paramedic attitudes regarding prehospital analgesia. *Prehosp Emerg Care* 2013;17(1):78–87.
69. Alexander J, Manno M. Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. *Ann Emerg Med* 2003;41:617–22.
70. Khalil NS. Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research* (2018) 33–38.
71. Treadgold R, Boon D, Implementation of paediatric pain care-bundle across South-West England clinical network of Emergency Departments and Minor Injury Units: A before and after study. *International Emergency Nursing* 2019; 56-60.
72. Smolle C ve et al. Implementation and maintenance of a pain management quality assurance program at intensive care units: 360 degree feedback of physicians, nurses and patients. *PLOS ONE* 2018 13(12).

73. Özyazıcıoğlu N, Arıkan D. The effect of nurse training on the improvement of intravenous applications. *Nurse Education Today* 2008; 28(2): 179-185.
74. Gopiseti S, Playfor SD. Sedation and analgesia for critically ill children, *Pediatrics and Child Health* 2019; Volume 29, Issue 5, Pages 224-229.
75. Playfor S, Jenkins I, Boyles C, et al. Consensus guidelines on sedation and analgesia in critically ill children. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1125–1136.
76. Playfor S, Thomas D, Choonara I. Recollection of children following intensive care. *Arch Dis Child* 2000; 83: 445–448
77. Boldt I, Eriks-Hoogland I, et al. Nonpharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 28;(11)
78. Faigeles B, Puntillo K, et al. Predictors and use of non-pharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 2010; 14(2): 85–93.
79. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2).
80. Yıldırım YK. Kanser ağrısının nonfarmakolojik yöntemlerle kontrolü. In *Kanser ve Palyatif Bakım*. In; M, Uyar R, Uslu Y. K. Yıldırım (Eds). İzmir: Meta Press Matbaacılık. 2006, pp. 97–126.
81. Kozłowski LJ, Kost-Byerly S, et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Manage Nurse* 2014; 15(1): 22–35.
82. Kellogg KM, Fairbanks RJ, et al. Association of pain score documentation and analgesic use in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28(12): 87–92.
83. Scott LE, Crilly J, et al. Paediatric pain assessment and management in the emergency setting: the impact of a paediatric pain bundle. *Int Emerg Nurs* 2013; 21: 173–9.
84. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Onuncu baskı Ekim, 2016 (Ankara)
85. Manworren R. Development and testing of the pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing* 2001; 27(2): 151-158.
86. Patton, MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park 1987, CA: Sage.
87. Twycross A, Finley GA, et al. Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2013; 18: 189–201.
88. Ellis JA, McCleary L, et al. Implementing best practice pain management in a pediatric hospital. *JSPN* 2007; 12(4): 264-277.
89. Karayurt Ö, Akyol Ö. Assessment of pain in intensive care patients. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(4): 96-104
90. Karahan A, Yıldırım F, Abbasoğlu A, Akkuzu G, Akyüz N. Comparison of the three rating scales for assessing pain intensity in an intensive care unit. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi* 2012; 20(1): 50-55.

91. Zhang Y, Liu L, et al. Assessing nursing quality in paediatric intensive care units: a cross-sectional study in China. *British Association of Critical Care Nurses* 2016; 22(6): 355-361.
92. Ista E, Dijk M, et al. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT “behavior” scale. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6(1): 58-63.
93. Bai J, Hsu L, et al. Validation of the COMFORT Behavior Scale and the FLACC Scale for Pain Assessment in Chinese Children after Cardiac Surgery. *Pain Management Nursing*, Vol 13, No 1 (March), 2012: pp 18-26.
94. Heijden MJ, Araghi SO, et al. The effects of perioperative music interventions in pediatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2015; 10(8) e0133608.
95. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management of Pediatric Nurses in Turkey. *Pain Management Nursing*, 2013;Vol 14.
96. Cresswell, JW& Plano Clark, VL. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
97. Tashakkori, A&Teddlie, C (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
98. Tashakkori, A& Cresswell, JW (2007). The new era of mixed methods. *Journal of Mixed Methods*, 1 (1), 2-8.

8. EKLER

Ek 1

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERE YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

1.Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız:
3. Eğitim Düzeyiniz:
 Lise Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora
4. Medeni Durumunuz:
 Evli Bekar
Çocuğunuz var mı? Evet Hayır
5. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?:
6. Çocuk Yoğun Bakımda kaç yıldır çalışmaktasınız?:
7. Çalışma şekliniz nasıldır?
 Gündüz Vardiya Sürekli gece
8. Haftalık ortalama çalışma saatiniz ne kadardır?:
9. Bir şiftte kaç hastaya bakım veriyorsunuz?
10. Çocuk yoğunbakımda sıklıkla kaç yaşındaki çocuklara bakım veriyorsunuz?
 Bir yaşından küçük 1-3 yaş 4-9 yaş 10-15 yaş 15- 17 yaş
11. Bir haftalık çalışma sürenizde ağrısı olan kaç çocuğa bakım veriyorsunuz?
12. Bir haftalık çalışma sürenizde en çok bakım verdiğiniz hastalar hangileridir ?
 Spontan solunumda Entübe hasta Postop hasta
 Travma hastası Onkoloji hastası Diğer.....
13. Bir şiftte ağrı izlemine ne kadar sıklıkta izliyorsunuz/ kayıt altına alıyorsunuz?
14. Hastanın yaşına ve durumuna uygun ağrı skalası kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır
15. En çok kullandığınız ağrı skalası hangisidir?
 NIPS Yüz ağrı tanılama ölçeği FLACC
 Sayısal ağrı değerlendirme ölçeği Davranışsal ağrı değerlendirme ölçeği

Ek 2

Pediatric Hemşirelerinin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (PNKAS)

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Çocuk/adolesanın şiddetli ağrısını tanılamada, yaşa bulgularındaki değişiklikler önemli bir göstergedir		
2. 2 yaşın altındaki çocuklarda, nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır.		
3.Bebek/çocuk/ adolesanın, dikkati başka yöne çekilebiliyorsa, bu çok şiddetli ağrı yaşamadığı anlamına gelir.		
4. Bebek/çocuk/adolesan, şiddetli ağrıya rağmen uyuyabilir.		
5. Benzer uyaranlar, farklı kişilerde aynı ağrı şiddetini oluşturur.		
6. İbuprofen ve diğer nonsteroid antienflamatuar ajanlar, metastaza bağlı kemik ağrılarında etkili değildir.		
7. Orta şiddette ağrılar için nonfarmakolojik yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma) oldukça etkilidir ancak nonfarmakolojik yöntemlerin şiddetli ağrılarda etkinliği oldukça azdır.		
8. Çocuklarda, tekrarlanacak ağrılı girişimlerde (günlük kan alma gibi), ağrı ve anksiyeteye karşı daha ilk girişimden itibaren maksimum önlemler alınmalıdır ki sonraki girişimlerde oluşabilecek anksiyete düzeyi en aza indirilebilsin.		
9. Bir aydan daha uzun süreli opioid alan çocuk/adolesanda, solunum depresyonu, nadiren ortaya çıkar.		
10. Oral verilen 650 mg Acetaminophen (Parasetamol)'in analjezik etkisi 32 mg oral Codein'e eşittir.		
11. DSÖ tarafından ağrı yönetiminde, kombine ilaç grupları kullanmak yerine tek analjezik ajan kullanımı önerilmektedir.		
12. IV verilen MORFİN'in etki süresi 4-5 saattir		
13. Prometazin (Phenergan), opioid analjeziklerin güvenilir bir güçlendiricisidir.		
14. Ağrılı işlemler sırasında ebeveynler, çocuğun yanında bulunmamalıdır.		
15. Madde bağımlılığı öyküsü olan adolesanlara, bağımlılığın tekrarlama riski yüksek olduğu için opioid analjezikler verilmemelidir.		
16. Belirli dozun ötesinde morfin dozunun artırılması, onun analjezik etkisini arttırmaz.		
17.6 aydan küçük çocuklar analjezik olarak opioidleri tolere edemez.		
18.Bir analjezik ajana başvurmadan önce çocuk/adolesanın mümkün olduğunca, ağrıya dayanmaya teşvik edilmesi gerekir.		
19.8 yaşından küçük çocuklar ağrı şiddetini yeterince ifade edemedikleri için hemşirenin, çocuğun ağrı şiddeti konusunda ebeveynlere güvenmesi gerekir.		
20.Çocuk/adolesan, dini inancı gereği ağrı ya da acı çekmenin gerekli olduğunu düşünebilir.		
21. Anksiyolitikler, sedatifler ve barbitüratlar, ağrılı işlemler sırasında analjezik olarak kullanılabilir.		
22.Opioid analjeziklerin ilk dozundan sonra devam eden uygulamalarda, çocuk/adolesanın yanıtına göre, doz ayarlaması yapılmalıdır.		
23.Ağrıyı gidermede nonfarmakolojik tekniklerin, analjezik ilaçlarla eş zamanlı değil, tek başına kullanılması önerilir.		
24.Çocuk/adolesanın ağrısının gerçek olup olmadığına karar vermede, steril su enjeksiyonu (<u>plasebo etki</u>) sıklıkla kullanılan bir uygulamadır.		
25. Etkili olması için sıcak ya da soğuk uygulamanın doğrudan ağrılı bölgeye yapılması gerekir.		

26. Uzun süreli devam eden kanser ağrılarında, çocuğa opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi?

- İntravenöz (IV)
- İntramüsküler (IM)
- Subkutan (SC)
- Rektal
- Oral
- Bilmiyorum

27. Ani başlangıçlı şiddetli ağrılarda(örneğin; travma sonrası ya da post-operatif ağrı), çocuk/adolesana opioid analjeziklerin verilmesinde tavsiye edilen uygulama yöntemi?

- İntravenöz (IV)
- İntramüsküler (IM)
- Subkutan (SC)
- Rektal
- Oral
- Bilmiyorum

28. Kanserli çocuklarda, uzun süreli devam eden orta şiddetli kanser ağrıları için analjezik seçiminde aşağıdakilerden hangisi tercih edilmelidir?

- Kodein
- Morfin
- Demerol (meperidin)
- Metadon
- Bilmiyorum

29. Aşağıdakilerden hangisi oral yolla verilen 15 mg morfine eşdeğerdir?

- 3 mg IV morfin
- 5 mg IV morfin
- 10 mg IV morfin
- 15 mg IV morfin
- Bilmiyorum

30. Çocuk/adolesana, post-operatif ağrı için verilecek analjezikler?

- Sabit bir programa göre uygulanmalıdır
- Çocuk/adolesan tarafından ağrısının olduğu belirtildiğinde uygulanmalıdır
- Hemşire tarafından çocuk/adolesanın orta ya da şiddetli huzursuzluk durumugözlendiğinde uygulanmalıdır.

31. Kronik kanser ağrısı olan bir çocuğa, giderek artan dozlarda olmak üzere 2 aydır düzenli olarak (hergün) morfin veriliyor. Dün çocuğa 2mg /saat morfin IV verildi. Bugün ise 3 saattir 2,5mg/saat morfin IV olarak veriliyor. Bu çocukta solunum depresyonu gelişme olasılığı nedir?

- % 1'den daha az
- % 1-10 arasında
- % 11-20 arasında
- % 21-40 arasında

% 41'den fazla

32. Kronik kanser ağrıları için çocuğa verilen analjezikler?

- Sabit bir programa göre verilmelidir.
 Sadece çocuk/adolesan tarafından ağrısının olduğu belirtildiğinde verilmelidir
 Sadece hemşire tarafından çocuk/adolesanda orta ya da şiddetli düzeyde huzursuzluk gözlemlendiğinde verilmelidir.

33. Çocuk/adolesanın artan dozlarda analjezi talebi olması size neyi düşündürür?

- Çocuk/adolesan, ağrı şiddetinde artış yaşıyor.
 Çocuk/adolesan artan düzeyde anksiyete ve depresyon yaşıyor.
 Çocuk/adolesan sağlık profesyonellerinin dikkatini çekmek istiyor.
 Artan dozlarda analjezi talebi, bağımlılıkla ilgili olabilir.

34. Aşağıdakilerden hangisi kanser ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlardandır?

- Ibuprophen (Motrin)
 Hydromorphone (Dilaudid)
 Amitriptyline (Elavil)
 Yukarıdakilerin hepsi kullanılabilir.

35. Çocuk/adolesanın ağrısının şiddeti ile ilgili en doğru değerlendirmeyi kim yapabilir?

- Tedaviyi yürüten doktor
 Hemşiresi
 Çocuk/adolesanın kendisi
 Eczacı
 Anne babası

36. Aşağıdakilerden hangisi çocuk/adolesanın ağrısına kültürel düşünce bakımından en iyiyaklaşımı tanımlamaktadır?

- Ağrı üzerinde kültürel bir etki yoktur.
 Hemşire, ağrının kültür üzerindeki etkisini açıkça tanımlayan bilgilere başvurmalıdır. (*Örneğin; Asya kültüründe ağrıya katlanma duygusu hakimken, İspanyol kültüründe ağrıyı abartma yaygındır.*)
 Kültürel yapının ağrıya etkisini belirlemek için çocuk/adolesan bireysel olarak değerlendirilmelidir.

37. Yaşadıkları ağrı şiddetini, daha yüksek rapor eden hastaların yüzdesi nedir?

- 0- %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80
 %90 %100

38. Narkotik/ opioid bağımlılığı, tıbbi sebeplerden değil de, fiziksel etkileri için, narkotik maddeyi ele geçirme isteğiyle beraber, psikolojik bir bağımlılık olarak tanımlanır. Fiziksel bağımlılık ve analjeziklere tolerans gelişimi, psikolojik değişikliklerle ya da psikolojik değişiklik olmaksızın oluşabilir.

Bu açıklamayı kullanarak, opioid analjezikler ile ağrı tedavisi sonucunda, opioid bağımlılığının ortaya çıkma oranı nedir? Size göre bu duruma en yakın olarak düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

- <%1 %5 %25 %50 %75 %100

VAKA 1

39. Ahmet 15 yaşında ve batin ameliyatı sonrası ilk günü. Odasına girdiğinizde, size gülümsüyor, ziyaretçileriyle konuşup şakalaşiyor. Ahmet'in yaşam bulguları TA:120/80 mmHg, Nabız:80/dk, Solunum:18/dk. 0-10 arası ağrı değerlendirme skalası üzerinde ağrısını değerlendirmesini istediğinizde, ağrı şiddetini 8 olarak belirtiyor.

A. Hasta ile ilgili gözlem ve değerlendirmelerinize dayanarak hemşire gözlem dosyasındaki ağrı değerlendirme skalasına Ahmet'in ağrısını kaç olarak işaretlersiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Şiddetli ağrı

B. Ahmet'in ağrısı değerlendirildikten sonra 2 mg IV morfin verildi. Morfin sonrasında her yarım saatte bir yapılan ağrı değerlendirmelerinizde, ağrısı 6-8 arasında değişiyordu, solunum depresyonu, sedasyon ve diğer yan etkilere ait herhangi bir bulgu saptanmadı. Yaptığınız son ağrı değerlendirmesinde de hasta ağrısının şiddetini 2 olarak belirtti. Doktor isteminde ise "AĞRISI OLDUĞUNDA" "1-3 mg morfin IV yapılacak" şeklinde ifade yer almaktadır. Bu durumda nasıl davranırsınız?

- Şu anda hastaya morfin yapmam.
- 1 mg IV morfin yaparım.
- 2 mg IV morfin yaparım
- 3 mg IV morfin yaparım.

VAKA 2

40. Ali, 15 yaşında ve batin ameliyatının ilk günü. Odasına girdiğinizde yatağında sessizce yattığını, yatak içinde dönerken ise yüzünü buruşturduğunu gözlemliyorsunuz. Ali'nin yaşam bulguları TA:120/80 mmHg, Nabız:80/dk. Solunum:18/dk. 0-10 arası ağrı değerlendirme skalası üzerinde ağrısını değerlendirmesini istediğinizde ağrı şiddetini 8 olarak belirtiyor.

A. Gözlem ve değerlendirmelerinize dayanarak hemşire gözlem dosyasındaki ağrı değerlendirme skalasına Ali'in ağrısını kaç olarak işaretlersiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Şiddetli ağrı

B. Ali'in ağrısı değerlendirildikten sonra 2 mg IV morfin verildi. Morfin sonrasında her yarım saatte bir yapılan ağrı değerlendirmelerinizde, ağrı şiddeti 6-8 arasında değişiyordu, solunum depresyonu, sedasyon ve diğer yan etkilere ait herhangi bir bulgu saptanmadı. Yaptığınız son ağrı değerlendirmesinde de ağrı şiddetini 2 olarak belirtti. Doktor isteminde ise "AĞRISI OLDUĞUNDA" "1-3 mg morfin IV yapılacak" şeklinde ifade yer almaktadır. Bu durumda nasıl davranırsınız?

- Şu anda hastaya morfin yapmam.
- 1 mg IV morfin yaparım.
- 2 mg IV morfin yaparım
- 3 mg IV morfin yaparım.

Ek 3

ÇYB ÜNİTESİNDE AĞRI YÖNETİMİ KONUSUNDA DENEYİMLER YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

1. “Ağrı” kelimesi size göre ne anlam ifade etmektedir?
2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde spontan solunum yapan hastada ağrıyı nasıl değerlendirirsiniz?
3. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde entübe/ trakestomi ile solunum yapan hastada ağrıyı nasıl değerlendirirsiniz?
4. ÇYB’de çocuklarda karşılaştığınız ağrı türleri ve özellikleri nelerdir?
5. ÇYB’de çocuklarda ağrıya neden olan etmenler nelerdir?
 5. a. ÇYB’de çocuklarda şiddetli ağrıya neden olan invaziv girişimler nelerdir?
6. ÇYB’de çocuklarda ağrıyı azaltmaya ve ya yok etmeye yönelik ne tür uygulamalar yapıyorsunuz?
 - 6a. Ağrı yönetiminde etkililik açısından farmakolojik nonfarmakolojik yöntemleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 6b. Teknolojik araçların (tablet, laptop) ağrı kontrolünde etkinliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 6c. Ağrı yönetiminde en çok hangi yöntemleri tercih ediyorsunuz, Neden?
 - 6d. Nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinden en çok hangilerini kullanıyorsunuz? Neden ?
 - 6e. Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerden hangilerinin en etkili olduğunu düşünüyorsunuz?
 - 6f. Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerden hangilerinin etkisiz olduğunu düşünüyorsunuz?
 - 6g. Kendinizi nonfarmakolojik yöntemleri kullanmada yeterli hissediyormusunuz?
7. ÇYB’de çocuklarda ağrı yönetiminde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?
8. Çocuklarda ağrı yönetiminde hemşirenin yerini nasıl ifade edersiniz?
9. Ağrı yönetimini başardığınızda neler hissediyorsunuz?
10. ÇYB Ünitesinde ağrı yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar konusunda ne tür girişimler sürdürüyorsunuz?

Tarih: 30/11/2019

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİNE

.....Çocuk.....Jöjan.....Bakım.....Hemşirelik.....Ağrı.....Şehitlik.....İlahe.....Diplomla.....başlıkları
çalışmayı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde
Etiler.....Kadıköy.....2019 tarihleri arasında yapabilmek için gerekli iznin tarafınızdan
verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Ayrıca bu çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri ve kişisel bilgi toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, çok merkezli veya girişimsel araştırmalar için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden ilave izin alacağımı taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan Kisinin:


TC Kimlik No: 2211993114

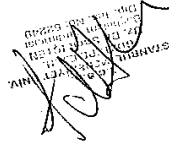
Adı Soyadı : BURAK TÜRMEK

Bölüm, Unvan: HEMŞİRE (ÇOCUK JÖZÜM BAKIM ÜNİTESİ)

Adres : Dumlupınar mah, Hızırbey caddesi, Kayayurt apartmanı 118 Blok 16 Kat:16
Kadıköy İstanbul

İletişim : 05381721291

İmza : 



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 12.12.2018

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamalarının ve İnançlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

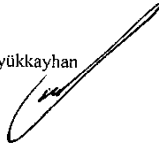
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hieran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E	K	E	H	E	H	
Saliha Şahin	İşçi		E	K	E	H	E	H	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:



9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, Hatay/Antakya'da 1994 yılında dünyaya geldi. İlköğretim ve Liseyi Antakya'da okudu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü 2012 yılında kazandı. 2016 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2017 yılında Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesine hemşire olarak atandı. Araştırmacı, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde 1,5 yıldan beri çalışmaktadır. Araştırmacının ilgi alanları çocuk sağlığı hemşireliği, ağrı, kanıta dayalı uygulamalardır. Bilgisayar kullanma becerileri olarak Windows XP, Office uygulamaları konusunda becerilere sahiptir. Araştırmacı, nitel araştırma yöntemleri konusunda eğitim almıştır.