



**TC  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ  
ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN AĞRILI HASTADA KULLANDIKLARI AĞRIYLA BAŞ  
ETME YÖNTEMLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ESRA BİLEN**

**TEZ DANIŞMANI**

**DOÇ. DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Esra BİLEN 'in Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak hazırladığı "Hemşirelerin Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

29.05.2018

Üye: Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye: Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN (Danışman)

Üye: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Üye: Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Üye: Dr. Öğretim Üyesi Esra USLU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 01.06.2018 tarih ve 1997/5804 Sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ  
Enstitü Müdürü  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

# HEMŞİRELERİN AĞRILI HASTADA KULLANDIKLARI AĞRIYLA BAŞ ETME YÖNTEMLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

**Amaç:** Araştırma hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Araştırma 25 Haziran-30 Eylül 2013 tarihleri arasında Dumlupınar Üniversitesi (DPÜ) Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 358 hemşire oluşturmuştur. Örneklemi ise dâhil edilme kriterine uyan 300 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür bilgisine uygun olarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare, t-testi, one way anova test, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın bulguları iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler ve ağrı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Ağrı yönetiminde hemşirelerin tamamının farmakolojik yöntem kullandığı, farmakolojik yöntemlerin yanında %87,7'sinin de nonfarmakolojik yöntemleri de kullandıkları ve nonfarmakolojik yöntemlerden çoğunlukla, dikkati başka yöne çekme yöntemini uyguladıkları saptanmıştır. İkinci bölümde ise hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine yer verilmiştir. Hemşirelerin duygusal tükenme alt ölçeğinin ortalaması  $17,3 \pm 7,09$ , kişisel başarı alt ölçeğinin ortalaması  $21,0 \pm 3,40$  ve duyarsızlaşma alt ölçeğinin ortalamasının  $4,2 \pm 3,77$  olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği ve duyarsızlaşma alt ölçeği ile sadece farmakolojik ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem seçme arasında istatistiksel açıdan fark bulunamazken, tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullananların kişisel başarı alt ölçeği puanı sadece farmakolojik yöntem kullananlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Ağrı kontrolünde, hemşirelerin çalıştıkları kurum ya da eğitim seviyelerine bakılmaksızın tamamının bağımlı fonksiyonlarını kullanmayı tercih ettiklerini, aynı zamanda nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin hemşirelerin çoğu tarafından farmakolojik yöntemlerin yanında kullanıldığını göstermiştir. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine bakıldığında en yüksek kişisel başarı alanında tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Hemşireler duygusal tükenme alanında orta düzeyde tükenmişlik yaşarken, duyarsızlaşma alanında düşük düzeyde tükenmişlik

yaşamaktadırlar. Hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemlerinin tükenmişlik alt boyutlarından sadece kişisel başarı alt boyutundan etkilendiği görülmüştür. Kişisel başarı alanında yüksek tükenmişlik yaşayan hemşirelerin ağrıyla baş etmede sadece farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, ağrı, nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemler, baş etme, tükenmişlik



## SUMMARY

### THE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' COPING SKILLS WHICH THEY HAVE USED IN PATIENTS WITH PAIN AND THEIR LEVEL OF BURNOUT

**Aim:** The research has been done as a descriptor on the purpose of the examination of the relationship between the coping skills of nurses which they have used in the patients with pain and their level of burnout.

**Material and Method:** The study was carried out in Evliya Çelebi Training and Research Hospital of Dumlupınar University (DPU) from June 25 to September 30, 2013. The target population of the study includes 358 nurses who work in Evliya Çelebi Training and Research Hospital of Dumlupınar University (DPU). The sample group is formed of 300 nurses who has the inclusion criteria. Personal Information Form, formed by the researcher in accordance with literature review, and Maslach Burnout Scale have been used in data collection. Chi-square, t-test, one way anova test, Mann Whitney-U and Kruskal Wallis test I have been used in analysis of data.

**Findings:** Findings of the research consist of two parts. The first part includes sociodemographic attributes and information about pain. It has been determined that all of the nurses use pharmacological method in pain management and beside these methods 87,7 percent of them use non-pharmacological methods and they mostly practice distraction among non-pharmacological methods. The second part includes nurses' level of burnout. It has been found out that the average of nurses' emotional exhaustion subscale is  $17,3 \pm 7,09$ , the average of personal achievement subscale is  $21,0 \pm 3,40$  and the average of desensitization subscale is  $4,2 \pm 3,77$ . While there is no difference statistically between the emotional exhaustion subscale and the desensitization subscale of the burnout inventory and both pharmacological and non-pharmacological choice of method, there are significant differences statistically between personal achievement subscale of the burnout inventory and the choice of method ( $p=0,009$ ). It has been studied out that the personal achievement subscale point of nurses who practice both pharmacological and non-pharmacological methods is higher than those who practice only pharmacological methods.

**Result:** In pain management, the research indicates that without considering where they work or their level of education, all of nurses prefer practicing their habitual functions and at the same time most of them use non-pharmacological analgesic methods in addition to pharmacological methods. When examined their level of burnout, nurses' burnout is the highest in personal achievement. Nurses have medium level of burnout in emotional exhaustion and it is the lowest in desensitization.

It has been seen that nurses' coping methods which they use in patients with pain are influenced by only the personal achievement of burnout sub-dimensions. It has been found out that nurses who experience high burnout in the field of personal achievement prefer only pharmacological methods in coping with pain.

**Key Words:** Nursing, pain, non-pharmacological methods, pharmacological methods, coping, burnout



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Ağrı.....	4
2.1.1. Ağrının Sınıflandırması .....	4
2.1.1.1. Ağrının süresine göre sınıflandırma .....	4
2.1.1.2. Kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırma.....	4
2.1.1.3. Mekanizmasına göre sınıflandırma.....	5
2.1.1.4. Duyu şekillerine göre sınıflandırma.....	5
2.1.2. Ağrının Fizyolojisi .....	6
2.1.2.1. Ağrı teorileri.....	6
2.1.2.1.1. Spesifite teorisi.....	6
2.1.2.1.2. Pattern (kalıp, model) teorileri.....	7
2.1.3. Ağrının Ölçülmesi .....	9
2.1.4. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler .....	10
2.1.5. Ağrı Kontrolü .....	11
2.1.5.1. Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolü.....	11
2.1.5.1.1. Narkotik olmayan analjezikler.....	11
2.1.5.1.2. Narkotik analjezikler.....	12
2.1.5.1.3. Adjuvan analjezikler .....	12
2.1.5.2. Ağrının nonfarmakolojik yöntemlerle kontrolü.....	12
2.1.5.2.1. Soğuk uygulama .....	13
2.1.5.2.2.Sıcakuygulama.....	13
2.1.5.2.3. Kas gevşemesi (Relaksasyon).....	13
2.1.5.2.4. Hipnoz.....	13
2.1.5.2.5. Düşleme .....	14
2.1.5.2.6. Biyolojik geri bildirim (Bio-Feedback).....	14
2.1.5.2.7. Akupunktur .....	14

2.1.5.2.8. Bilişsel terapi.....	14
2.1.5.2.9. Meditasyon .....	14
2.1.5.2.10. Davranış terapisi .....	14
2.1.5.2.11. Masaj .....	14
2.1.5.2.12. Müzik terapisi .....	15
2.1.5.2.13. Dikkati başka yöne çekme.....	15
2.1.5.2.14. Mentollü kremler.....	15
2.1.5.2.15. Uyku .....	15
2.1.6. Ağrı ve Hemşirelik .....	16
2.2. Tükenmişlik Sendromu .....	17
2.2.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler .....	18
2.2.1.1. Bireysel ve sosyal faktörler .....	18
2.2.1.2. Bireysel ve örgütle ilgili faktörler.....	19
2.2.2. Tükenmişliğin Belirtileri .....	20
2.2.2.1. Duygusal belirtiler: .....	20
2.2.2.2. Davranışsal belirtiler .....	20
2.2.2.3. Bedensel belirtiler:.....	20
2.2.3. Tükenmişlik Sendromunun Etkileri .....	20
2.2.4. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi.....	21
2.2.5. Hemşirelik ve Tükenmişlik .....	23
2.2.6. Hemşirelikte Tükenmişliğin Engellenmesi .....	24
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	25
3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri ve Özellikleri .....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları .....	25
3.4.1. Kişisel veri toplama aracı .....	25
3.4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	26
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	26
3.6. Araştırma Soruları.....	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	27
3.9.1. Verilerin analizi .....	27
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>28</b>



4.1. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Sonuçlar .....	28
4.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerine ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar.....	36
<b>5.TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
5.1. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Sonuçların Tartışılması .....	42
5.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki Sonuçlarının Tartışılması .....	47
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>54</b>
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>56</b>
<b>EKLER DİZİNİ.....</b>	<b>67</b>
<b>EK-1 Kişisel Veri Toplama Formu .....</b>	<b>67</b>
<b>EK-2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....</b>	<b>71</b>
<b>EK-3 Etik Kurul Karar Formu.....</b>	<b>73</b>
<b>EK-4 Hastane İzin Formu.....</b>	<b>75</b>
<b>EK-5 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>76</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>78</b>

## Tablo Dizini

Tablo 1. Hemşirelerin SosyoDemografik Özellikleri.....	29
Tablo 2. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri.....	31
Tablo 3. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Uyguladıkları Hemşirelik Girişimleri.....	32
Tablo 4. Hemşirelerin Farmakolojik ve Yöntem ve Nonfarmakolojik Yöntemleri Seçme Nedenleri.....	33
Tablo 5. Hemşirelerin Sadece Farmakolojik ve Hem Farmakolojik Hem de Nonfarmakolojik Yöntem Kullanma Durumları ile Sosyodemografik ve Bazı Ağrı Özelliklerinin Dağılımı .....	35
Tablo 6. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	36
Tablo 7. Bazı Sosyodemografik Değişkenlerin Tükenmişlik Alt Ölçek Boyutlarıyla Olan İlişkinin İncelenmesi.....	38
Tablo 8. Ağrı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklere Göre Hemşirelerin Tükenmişlik Alt Ölçek Boyut Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 9. Tükenmişlik Alt Ölçeklerinin Hemşirelerin Sadece Farmakolojik Yöntem ve Hem Farmakolojik Hem de Nonfarmakolojik ve Farmakolojik Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	41

## KISALTMALAR

**DPÜ:** Dumlupınar Üniversitesi

**IASP:** Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı

**EE:** Emotional Exhaustion (Duygusal Tükenme)

**DP:** Depersonilation (Duyarsızlaşma)

**PA:** Personal Accomplishment (Kişisel Başarı)

**ESOGÜ:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

**KKTC:** Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti

**TENS:** Transkutan Sinir Stimülasyonu

**SS:** Standart Sapma

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, sağlık bakımı almayı gerektiren, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelleyen olumsuz bir deneyimdir (Akdağ, 2008, Ay ve Ecevit, 2010). İnsanlık tarihi kadar eski olan ağrı, herkesin yaşamının bir döneminde farklı çeşit ve derecelerde yüz yüze kaldığı bir olgudur (McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017).

Bin dokuz yüz yetmiş dokuzda ağrı; Uluslar Arası Ağrı Araştırma Teşkilatı (IASP) Taksonomi Komitesi tarafından "Vücudun belli bir bölgesinde oluşan, kuvvetli bir doku yıkımıyla birlikte görülebilen ya da görülemeyen, insanın geçmişten kazandığı, öznel, hoş gitmeyen emosyonel bir durum ve davranış şekli" olarak tanımlanmıştır (Aslan ve Bahadır, 2005, Aygin ve Var, 2012, Ünal, 2015). Ağrıyı hisseden sadece ağrıyı çekendir, dolayısıyla ağrıyı çeken kişinin ağrıyı tanımlaması ve bu bilgilerin ışığı altında sistematik bir yaklaşımla ağrının kontrol altına alınması, dindirilmeye çalışılması önemli bir faktördür. Ağrının kontrol altına alınmasıyla hastada rahatlama, yaşam kalitesinde yükselme, hastanede yatış süresinde azalma ve komplikasyon görülme sıklığında azalma görülebilir (Aslan ve Bahadır, 2005, Bell ve Duffy, 2009).

Ağrı kontrolünde ekibin değişmeyen ve önemli olan üç üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Bu ekip üyeleri içinde ağrıyı yaşayan sadece hastadır. Ağrısı olan hasta bu durumda ekibin diğer iki üyesi ile iletişim kurar. Hemşireyi ağrıyla baş etmede diğer iki ekip üyesinden ayıran ve onu daha önemli yapan hemşirenin hastayla uzun süre iletişim halinde olmasıdır (Kılıç ve Öztunç, 2012, Erdine, 2016).

Literatürde (Berker ve Dinçer, 2005, Bacaksız, 2007, Kolettas vd., 2015) ağrı tedavisinde hastaların en kolay ulaşabileceği sağlık çalışanı olması nedeniyle hemşirelerin önemli bir konuma ve anahtar bir role sahip olduğu ifade edilmektedir. Hemşirelerin ağrı ile baş etmede bu konumu etkin olarak kullanamadıkları da belirtilmektedir.

Moss ve Meyer, ağrının giderilmesinde hemşirelik yaklaşımının ilaç uygulamasından daha etkili olduğunu göstermiştir (Özer ve Bölükbaş, 2001). Ağrı tedavisinde hemşireden beklenen; tedaviyi etkin bir şekilde uygulaması, sonuçları izlemesi, nonfarmakolojik ağrı geçirme yöntemlerini kullanabilmesi ile ağrıyı "yaşanabilir" sınırlar içinde tutarak olası problemleri önleyebilmesidir. Bugün için hemşirenin bu sorumluluğunu tam yerine getirebildiğini söylemek olası değildir. Çünkü hasta yakınmalarının başında ağrı gelmekte ve bir sorun olmaya devam etmektedir (Özbek, 2004, Özveren ve Uçan, 2009, Kılıç ve Öztunç, 2012).

Ağrıyı hafifletmek amacıyla genellikle ağrı kesici ilaç (analjezik) verilmektedir. Ancak ağrı kesici ilaç uygulaması her zaman hastanın ağrısının yeterli miktarda azalmasını sağlamayabilir ve bilindiği gibi bu ilaçların istenmeyen yan etkileri de olabilir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların ağrılarını ve ağrıya bağlı olarak yaşadıkları rahatsızlıkları azaltmaları için gevşeme egzersizlerini yaptırma, müzik dinletme, kitap okuma, masaj yapma, terapotik dokunma gibi bağımsız fonksiyonları olan nonfarmakolojik yöntemleri de uygulamaları çok önemlidir (Özveren, Faydalı, Gülnar & Dokuz, 2018).

Ancak yapılan çalışmalarda (Lovering, 2006, Sayın, 2010, Garcia, Lopez, Fabregas & Meissner, 2017) hemşirelerin ilaç vermeyi daha ön planda tuttuğu, nonfarmakolojik olan bu uygulamaları yapmada isteksiz oldukları ve hemşire gözlem formlarında hastaların ağrı yönetimine ilişkin yalnızca verilen analjezik ilacın adı ve dozunu kayıt ettikleri belirlenmiştir. Oysa yine bu konuda yapılan çalışmalarda (Kuru, vd., 2011, Kılıç ve Öztunç, 2012, Özveren, Faydalı, Gülnar & Dokuz, 2018), hemşirelerin ağrıyı hafifletmek için hastalara masaj yapma, müzik dinletme, empati yapma-terapotik dokunma, dikkatini başka yöne çekme, soğuk uygulama yapma, gevşeme egzersizleri uygulatma ve pozisyon verme gibi uygulamaları yapmasının hastaların ağrı düzeylerini azalttığı ve rahatlamaya neden olduğu bildirilmektedir.

Hemşirelerin ağrıyla baş etmede kullandıkları yöntemler arasında genellikle farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür (Ersek ve Poe, 2003, Young, Horton & Davidhizar, 2006). Yılmaz ve Gürler yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrıyı kontrol etmek için ağrı kesici ilaç uyguladıktan sonra ağrının geçip geçmediğini kontrol ettiklerini ancak çoğunun masaj, sıcak, soğuk uygulama, kol, bacak, yürüme vb. egzersiz yöntemlerini kullanmadığını, müzik dinletme yöntemini tercih etmediğini belirtmiştir (Yılmaz ve Gürler, 2011). Ay ve Alpar'ın çalışmasında hemşirelerin ağrıyı kontrol altına alınmasına yönelik yaptıkları uygulamaların %77,2'sinin hekimin istediği tedavi olduğu, %49,8'inin ağrı olduğu durumlarda vital bulguların takibini yapmadığı, %67,7'sinin ağrı değerlendirme skalasını tercih etmediklerini, %67,2'sinin masaj yöntemini uygulamadıkları yalnızca %8,2 gibi oranla gevşeme tekniklerini yaptıkları belirtilmiştir (Ay ve Alpar, 2010).

Hemşirelerin ağrıyla baş etmede bağımsız rollerinden olan nonfarmakolojik yöntemleri daha az kullanma nedenleri arasında yaşadıkları tükenmişliğin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Tükenmişlik Maslach ve Johnson tarafından "fiziki olarak bitkin hale gelme, olumsuz benlik kavramı, umarsızlık ve ümitsizlik duyguları, uzun süre devam eden yorgunluk, işe yaramama, diğer insanlara karşı negatif tavırları içeren fiziksel, duygusal ve zihinsel boyutları olan bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Çam ve Engin, 2017). Farklı mesleklerde çalışanlarla yapılan birçok araştırma (Metin ve Özer, 2007, Akyüz, 2015, Kılıç, İpekçi, Dokur & Kaya, 2015) İle tükenmişliğin, en fazla olarak hemşirelerde

görüldüğü saptanmıştır. Hastanelerde hemşirelerin çeşitli stres yaratan durumlarla çok sık karşı karşıya gelmesi, bu durumun uzun sürmesi ve bu durumla başa çıkamaması tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Hemşirelikte ortaya çıkan problemler hemşirelerin bağımsız rollerinden olan hastaya bakım verme ve yardım etme görevlerini yeterli miktarda gerçekleştirememesine, mesleki bilgilerini ve yeteneklerini aktif olarak kullanamamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte tükenmişliğin yarattığı problemler hemşirelerin yaratıcılığının azalmasına, iş yaşamında tatmin olmamasına ve profesyonelliğin bozulmasına sebep olmaktadır (Sinat, 2007, Öner, 2011).

Ağrılı hastayla karşılaşma hemşirelerde stres yaratan bir faktördür (Vargas, Canadas, Aguayo, Fernandez & De la Fuente, 2014). Tükenmişlik yaşayan hemşirelerin ağrılı hastaya yaklaşımında hastanın bireyselliğinin göz ardı edilip hastaya bir nesne gibi yaklaşıldığı düşünülebilir. Bu durumda hemşire; insan yerine sadece probleme odaklanma eğilimi gösterebilir. İnsanlar sorunlarıyla etiketlenmeye başlanabilir. Yardım alanın ihtiyaçları önemsenmeyebilir. Hasta ile göz kontağından kaçınılır, sorulara ters cevap verilir, bedensel iletişim azaltılır. Bu durum hastaların ağrılarını gidermede ilk olarak iletişim kurdukları hemşirelerle problemin doğmasına sebep olabilir. Ağrı tedavisinde sıkıntılar yaşanabilir.

Ağrıya yaklaşımda hastayla birebir iletişim içinde olan hemşirelerin ağrıyla baş etmeye yönelik uyguladıkları hemşirelik girişimleri yaşadıkları tükenmişlik sendromuyla ilişkili olarak değişim gösterebilir. Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ağrı

Ağrı, farklı sebeplerle, vücudun değişik yerlerine ortaya çıkan duygu ve duyuların yanında davranışsal tepkilerden meydana gelen, değişebilen özelliklere sahip olan, kişiyi ağrıyı azaltmaya veya yok etmeye iten uygulamaları gerçekleştirmeye ve bu konuda yardım istemeye yönelten bir durumdur (Afşar ve Pınar, 2003, Öztürk, 2013). Ağrı, kişinin eğitimi ve deneyimleri, cinsiyeti, çevresi, kültürü gibi farklı duygusal ve davranışsal etmenlerden etkilenebilen, kişiden kişiye değişim gösteren, öznel ve teşhis edilmesi güç olan karmaşık bir sorundur (Düzel, 2008). Bin dokuz yüz yetmiş dokuz yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan ağrı tanımına göre ise; "Ağrı, vücudun belli bir bölgesinde oluşan, doku yıkımıyla birlikte görülebilen ya da görülemeyen, bireyin geçmiş tecrübeleri ile de alakalı, hoş gitmeyen duygusal bir duyumdur, davranış halidir. Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapmasını zorlaştırarak yaşam kalitesini azaltır ve bireyi daha çok sağlık bakımı araştırmaya yönlendirir. Ağrı bir duyum ve hoş olmayan yapıda olduğundan her zaman sübjektiftir. (Gürler, 2007, Tüzüner, 2010, Ünal, 2015, Erdine, 2016).

#### 2.1.1. Ağrının Sınıflandırması

Bu bölümde ağrının sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Sınıflandırma dört ana öge altında toplanmıştır. Bunlar süresine, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmasına ve duyu şekillerine göre olan sınıflamadır.

##### 2.1.1.1. Ağrının süresine göre sınıflandırma

**Akut ağrı:** Doku yaralanması sonucu başlayan ve doku iyileşmesi ya da neden ortadan kalkınca giderek azalan ağrıdır (Güleç ve Güleç, 2006, Tercan, 2015, Erdine, 2016).

**Kronik ağrı:** Altı aydan uzun süren ağrılardır. Ağrı bir saniye ya da daha kısa zamanda ortaya çıkar; yavaş yavaş saniyeler içinde artar; ağrı sürekli veya aralıklı olarak tekrarlar (Tüzüner, 2010, Ünal, 2015).

##### 2.1.1.2. Kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırma

**Somatik ağrı:** Vücudun organlar ve organların dışında cilt, kas ve eklemlerini de içeren bütün bölgelerinde oluşan, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Aniden baslar; keskindir ve iyi lokalize edilir. Travma ve kırık ağrıları buna örnek verilebilir (Tüzüner, 2010, Erdine, 2016).

**Visseral ağrı:** İç organlardan kaynaklanır. İyi lokalize edilemeyen, genellikle yayılan künt bir ağrıdır. Pankreas ağrısının omuza, apandisit ağrısının karına yayılması gibi (Güleç ve Güleç, 2006, Tüzüner, 2010, Ünal, 2015).

**Sempatik ağrı:** Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile başlayan ağrılardır. Öncelikli hastalık bittikten bir müddet sonra, haftalar aylar sonra başlayıp, gittikçe şiddetini arttırabilir (Erdine, 2016).

### **2.1.1.3. Mekanizmasına göre sınıflandırma**

**Nösiseptif ağrı:** Fizyopatolojik olayların nosireseptörleri uyarmasına bağlı somatik ve visseral ağrılardır (Ünal, 2015).

**Nöropatik ağrı:** Periferik ya da santral sinir sisteminde travma ya da metabolik bir hastalığın sonucunda oluşur. Ağrı batıcı, saplanıcı, aralıklı ve kısa sürelidir. Diyabetik nöropati buna örnek verilebilir (Tüzüner, 2010, Erdine, 2016).

**Deafferentasyon ağrısı:** Santral veya periferik sinir sisteminin yaralanması sonucunda somatosensoryel uyaranların merkezi sinir sistemine iletimi kesilir. Bunun sonucunda deafferentasyon ağrısı ortaya çıkar. Örneğin: Travmatik parapleji, fantom ağrısı (Tüzüner, 2010, Tercan, 2015).

**Reaktif ağrı:** Sürekli, künt, sızlayıcı ve derin ağrıdır. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı buna örnek verilebilir (Erdine, 2016).

**Psikosomatik ağrı:** Anksiyete, depresyon ve stres gibi psişik ve psikososyal problemlerin arttırdığı veya bu şekilde ifade edilen ağrılardır (Tercan, 2015).

### **2.1.1.4. Duyu şekillerine göre sınıflandırma**

**Sızlama seklinde ağrı:** Vücuttaki farklı organlarda, eklemlerde ve dokularda ortaya çıkan, daha hafif etkilerle hissedilen rahatsız edici bir ağrı şeklidir (Ünal, 2015).

**Yanııcı ağrı:** Nedeni belli olmayan özellikle bacaklar ve ayaklarda olmak üzere eller, kollarda uyuşma, keçeleşme, his kaybı ile seyreden yanma gibi şikâyetlerin de eşlik ettiği ağrı şeklidir (McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017).

**Batıcı ağrı:** Vücuttaki farklı organlarda, eklemlerde ve dokularda ortaya çıkan batma şeklinde hissedilen ağrı şeklidir (Erdine, 2016).



**Kolik sekinde ağrı:** İçi boş olan organların spazmı (şiddetli kasılmalar) neticesinde ortaya çıkan dayanılmaz bir ağrı şeklidir (Ünal, 2015).

## **2.1.2. Ağrının Fizyolojisi**

Bu kısımda ağrı teorileri hakkında bilgi verilecektir.

### **2.1.2.1. Ağrı teorileri**

Ağrının fizyolojisini açıklamak için yapılan araştırmalar; sadece psikolojik mekanizmaların ve fizyolojik mekanizma ile ilgili olanların önemli olduğu çalışmalardır. Fizyolojik mekanizmanın açıklanmasında ağrıyla ilgili ilk teori spesifikite teorisi, psikolojik unsurları açıklamaya yönelik ilk teori ise pattern teorisidir (Erdine, 2007, Tüzüner, 2010).

#### **2.1.2.1.1. Spesifite teorisi**

Descartes tarafından 1644'te spesifik uyarılan ciltten beyin merkezine direkt iletim olduğu fikri ortaya konmuştur. On dokuzuncu yüzyılda yapılan deneysel çalışmalardaki artış sebebiyle spesifik sinir enerjisi doktrini Mueller ortaya çıkarmıştır. Bu doktrine göre; sadece duyu sinirleri ile enformasyon beyine ulaştırılır ve beyinde sona ulaşan sinirler sayesinde duyunun niteliği belirlenir. Stimülusa uyan kodlanmış bilgiyi sinir aktivitesi yansıtır. Mueller beş klasik duyuyu açıklamıştır (McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017).

Max Von Frey modern spesifikite teorisinin babasıdır. Frey 1895'te, ciltte soğuk, sıcak, ağrı ve dokunma duyularını hisseden spesifik alıcılar olduğunu belirterek spesifik reseptör teorisini ortaya koymuştur. Anatomistler ilerleyen yıllarda spesifik reseptörlerin değişik dokularda olduklarını göstermişlerdir. Soğuk reseptörler bulbusta, sıcak reseptörler son organlarda, ağrı reseptörleri de dokunma alıcıları olan Meissner korpus külleri ve serbest sinir uçlarında da gösterilmiştir (Erdine, 2016, McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017).

Başka araştırmacılar bu teoriyi ilerleterek; spesifik periferik sinir lifleri, spesifik reseptörler, talamus ve kortekste spesifik ağrı merkezlerinden oluşan bir sistemi ve omurilikte spesifik ağrı yollarını ortaya çıkarmışlardır (Erdine, 2016).

Spesifite teorisinde 2 tane hata vardır.

*1 - Anatomik: Histolojik araştırmalarla* spesifik son organlarla spesifik duyular arasında ilişki olup olmadığı açıklanamamıştır. Görme duyusu ile göz arasındaki ilişki buna örnek verilebilir.

2 - *Psikolojik*: Spesifik sinir impulsları ile duyu niteliğinin beyine aktarıldığı sonucuna varılmıştır. Spesifik sinir impulslarının beyine aktarımında psikolojik komponent göz ardı edilmiştir (Ünal, 2015).

### **2.1.2.1.2. Pattern (kalıp, model) teorileri**

Von Frey'in teorisindeki eksiklikler başka çalışmaların ve pattern teorileri olarak isimlendirilen bir grup teorinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Goldscheider, ağrı hissinin kritik tanımlayıcısının uyarının süresi ve stimülüslerin tamamının olabileceğini ortaya atmıştır. Bu, pattern teorilerinin temelidir ve toplama üzerine kurulmuştur. Ağrıyı başlatan sinir impulsları, arka boynuz hücrelerinde ciltten algılanan duyuların bir araya gelmesi ile meydana gelir ve bu hücrelerin output'u kritik bir seviyeyi geçerse ağrı oluşur (Erdine, 2007).

Bu temel varsayımdan yola çıkarak üç ana pattern teorisi oluşturulmuştur.

1-Primer periferik kalıp: Nonspesifik reseptörlerden gelen uyarıların tamamından oluşur. Stimülüsün şiddeti duyunun niteliği ile tanımlanır ve meydana getirilir. Uyarılar fazlaştığında ağrı bir his gibi hissedilir.

2- İmpuls kalıbı ve santral toplama: Livingstone tarafından ortaya konulan görüş, spesifik santral mekanizmalarda impulsların buluşmasıyla ağrının meydana gelmesidir. Kozalji ve hayali uzuv ağrısı gibi farklı kronik ağrı durumlarını açıklamak için bu fikir kullanılır. Beyin, periferdeki reseptörlerin normalden farklı olarak uyarılmasını (travmatik bölge), kendi kendini uyarın sinir devreleri oluşturur veya omuriliğin arka boynuzundaki nöronların aktive olması ile antero lateral hücre kolonu yoluyla beyine yayılım impuls ateşi gönderilmesi, kısır bir döngüye neden olmasını ağrı olarak algılar. Otonom ve motor bulguları açıklamakta bu omurilik eksitasyonunun yayılımı, önemli bir bulgudur.

3- Duyusal etkileşim teorisi: Bu, çabuk sinir aktarımı ile yavaş aktarım sistemi arasındaki etkilenmeyi ve sonucunu ortaya çıkarır. Bu durum miyelinli ve miyelinsiz duysal sinir impulsları arasındaki ilişkidir. Bu teoriye göre, periferik sinir yaralanmasından sonra impuls iletimi ince liflerde (kalın liflere göre) bir artış gösterir. Kalın liflerin baskılayıcı veya dengeleyici durumu kaybolur. Bu da birçok hastalığa sebep olan ağrı çeşitlerini açıklamada kullanılabilir (Erdine, 2007, Tüzüner, 2010).

Ağrının fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarını birlikte açıklamada bu teoriler yetersiz kalır. Multiple « kapı kontrol teorisi » her iki durumu açıklayan tek teoridir (Erdine, 2016).

## ***Modülasyon mekanizması***

### ***Kapı kontrol teorisi***

Bin dokuz yüz atmış beş yılında değişik ağrı teorilerini açıklamak üzere Wall ve Melzack kapı kontrol teorisini ortaya koydular. Bu teori ile ağrının ilk olarak omurilikte başladığı düşüncesi açığa çıktı. Teorinin açıklamasına göre (Tüzüner, 2010, Ünal, 2015, Erdine, 2016, McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017).

1-Arka boynuzun II ve III. laminasında olan substantia gelatinosa hücrelerinin aktive olması, afferent liflerle omuriliğin V. laminasındaki T (transmisyon hücreleri) hücrelerine gelen sinir impulsu output'u, tarafından düzenlenir ve hafifletilir.

Bu durumun Özeti; substantia gelatinosa hücreleri tarafından T hücrelerinin output' u (başka bir tabirle T hücrelerine uyarı aktarılması) düzenlenir. Bu spinal kapıyı oluşturur.

2- Temelde geniş çaplı A-alfa ve A-beta liflerinin aktive olması ile kapı mekanizması kontrol altına alınır. Kalın liflerin uyarılması, substantia gelatinosa hücrelerini uyararak (kapının kapanması) T hücrelerine uyarı aktarımını baskılar. İnce liflerin uyarılması ise substantia gelatinosa hücrelerini baskılayarak (kapının açılması) T hücrelerine uyarı geçişinin artmasına neden olur.

3- Arka boynuzdaki lamina V hücreleri transmisyon hücreleri olarak adlandırılarak, enformasyonun aktarımında merkezi bir rol alır. Isı ya da dokunma ile kalın liflerin aktivasyonu sadece bu lifleri uyarır, işlevi bu sistemi baskılamak olan substantia gelatinosa hücrelerini de uyarır. Bu sebeple T hücrelerinin uyarılması kısadır. Bunun aksine ince liflerin ağrılı uyarılarla aktivasyonu lamina V' teki T hücrelerini uyarır, fakat bununla birlikte substantia gelatinosa (lamina II ve III) hücrelerini de baskılar, böylece T hücrelerinden uyarı çıkışı engellenemez, uzun süre devam eder ve gelen uyarı ile orantılı şiddette olur.

4- Santral kontrol mekanizmasının hızla aktive olması A-delta liflerinin (kalın liflerin) uyarılması eş zamanda olur. Neospinotalamik traktus sistemi, bu liflerle gelen uyarı, spinal dorsal kolon ve dorso lateral yollardan yukarıya ulaşır medial lemniskal traktustan geçerek posterior talamusun ventro bazal nükleusuna ulaşmasıdır. Bu sistemle iletim çok hızlıdır ve ağrı algılanmadan çok önce kortekse uyarının cinsi, yerleşimi ve seviyesi hakkında bilgi verir. Bu sebeple bu sistem, santral alıcı bölgeleri alarma geçirme ve daha önceki tecrübeler, duygular, algılama ve yanıt gibi selektif santral mekanizmaları aktive etme işini görür. Bundan sonra, kortikal enformasyonu ileten efferent lifler spinal kapıyı ve daha tam aktivasyonu sağlanmadan önce T hücrelerini etkiler.

Bu durumun özeti: Kalın liflerin uyarılması ağrı meydana getirmez fakat neospinotalamik traktus yoluyla ağrının oluşmasında etkilidir. Korteks bu yolla, daha ağrı algılanmadan önce uyarının cinsini, yerleşimini ve seviyesini belirtir ve hızlı bir şekilde spinal kapı (substantia gelatinosa) ve T hücrelerine emirler ulaştırarak bu sistemi santral yolla düzenler. Bu, santral kontrol mekanizması olarak isimlendirilir.

5- Retikülo spinal sistem, frontal korteksten başlayıp algılama enformasyonunu götüren inen retiküler formasyon, görme ve işitme ile ilgili inen spinal sistemler ve direkt kortiko spinal sistem arka boynuz lamina V' teki T hücrelerine inen yollar arasında yer alır. Ön boynuz motor hücrelerinde esas olarak bu inen yollar santral aktivasyonu sağlar.

6- Omurilik transmisyon hücrelerinin (T) net output' unu periferik afferent uyarı ile substantia gelatinosanın düzenlenmesi ve inen impulslar ile santral kontrolün sağlanması kombinasyonu oluşturur. T hücrelerinin bu output'u kritik bir düzeyi aştığında ve beyin mekanizmaları çok fazla uyarıldığında, aktivasyon sistemi olarak adlandırılan kompleks bir cevap elde edilmiş olur. Refleksler, davranış, volanter aktivite ve karakteristik ağrı aktivasyon sisteminin ateşlenmesi ile duyulur.

Özetle T hücrelerinin output'u kritik bir düzeyi aştığında aktivasyon sistemi aktif olur ve ağrı hissedilir. Bu sistemin pratikte önemli olmasının nedeni; hastanın psikolojik durumu, endişe ve heyecanı, kültürel seviyesi gibi duygusal durumlar kapı kontrol mekanizmasını açması ya da kapatmasıdır (Erdine, 2007, Tüzüner, 2010, Erdine, 2016).

### **2.1.3. Ağrının Ölçülmesi**

Doğrudan Ölçüm ve Dolaylı Ölçüm şeklinde yapılan sınıflama ağrı ölçüm sınıflamalarından biridir. Ağrının doğasını ortaya koymaya yönelik ölçümler doğrudan ölçümlerdir. Ağrının yaşam kalitesine etkisini ölçen ölçümler ise dolaylı ölçümlerdir. Ağrı ölçülmesi için farklı bir ayırma sistemi ise "Tek Boyutlu Ölçüm" ve "Çok Boyutlu Ölçüm" sınıflamasıdır (Tüzüner, 2010, Erdine, 2016).

Tek boyutlu ölçüm skalaları: Ağrı şiddetinin, daha çok da ameliyat sonrası dönemdeki (1.-3.günler) ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerdir. LANSS Ölçeği (LANSS-Leeds Assessment of Neuropathic Symptom sand Signs), Vizüel Analog Ölçek (VAS-Visual Analog Scale), Sayısal Değerlendirme Ölçeği (NRS-Numerical Rating Scale) ve Sözel Değerlendirme Ölçeği (VRS-Verbal Rating Scale) tek boyutlu ölçeklere örnek olarak verilebilir (Ünal, 2015).

Çok Boyutlu Ölçüm skalaları: Ağrının şiddetinin yanı sıra, yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler gibi ağrının diğer boyutlarını da

değerlendiren skalalardır. Hasta Günlüğü, McGill Ağrı Anketi (MPQ-McGill Pain Questionnaire) ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (Quality of Life Assessment) çok boyutlu skalalara örnek olarak verilebilir (Çevik ve Zaybak, 2011).

Yaslı ve çocuk gibi güç iletişimi olan hasta popülasyonu için geliştirilmiş farklı ağrı ölçekleri bulunmaktadır. Yüz resimli ölçekler (Wong-Baker ağrı ölçeği) ise altı yasından küçük olanlar için kullanılmaktadır (Tercan, 2015, Erdine, 2016).

#### **2.1.4. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler**

Bilişsel-davranışçı modele göre bireylerin ağrıyı yorumlayarak ağrı deneyimi yaşamasında, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel ve ekonomik faktörler etkilidir (Sharp, 2001). Literatüre (Erdine, Hamzaoğlu, Özkan, Balta & Domaç, 2001, Robinson, Gagnon & Riley, 2003, Lautenbacher, Kunz, Strate, Nielsen & Arendt-Nielsen, 2005, Fillingim, King, Riberio-Dasilva, Rahim Williams & Riley, 2005, Yu, Tang, Kuo & Yu, 2006, Tanrıverdi, vd., 2009) bakıldığında ağrı sıklığının yaş ile doğru orantılı, eğitim düzeyi ile ters orantılı olarak arttığı ve kadınların erkeklere göre daha fazla ağrı deneyimlediği görülmektedir. Ayrıca eşleri tarafından ağrı davranışı desteklenen evli hastalar, ağrılarını ve ağrı şiddetlerini daha yüksek ifade etmektedir (Sharp, 2001). Kadınların daha fazla ağrı yaşama nedeni literatürde önemli bir tartışma ve değerlendirme konusu olmuş, bu durum geniş bir literatüre dayalı olarak yapılan bir derlemede; kadınların ağrılarını daha kolay ifade etmeleri ile birlikte fizyolojik, anatomik, fertil özellikler, yaşam tarzı ve sosyokültürel özellikler gibi birbirinden farklı faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Şahin, 2004, Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

Koçoğlu ve Özdemir'in (2011) çalışmasında kronik ağrı yaşama için risk faktörleri arasında 30-65 yaş arasında olma ile birlikte gelirin düşük olması yer almaktadır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da ekonomik durum kötüleştikçe ağrı sıklığının arttığı en fazla ağrı deneyimleyen grubun ev hanımları ve işçiler olduğu belirlenmiştir. Edwards ve arkadaşları (2001) sosyo-ekonomik durum ile ilişkili ağrıyı sağlık bakımına ulaşım kapsamında değerlendirmiş ve bu grup hastaların uygun medikal tedaviden yararlanamaması nedeniyle sürekli ağrı yaşadıklarını belirtmiştir.

Ağrıyı bilişsel-davranışçı model kapsamında inceleyen çalışmalarda da hastanın ağrıyı yorumlamasının ve ağrıya yüklenen anlamın üzerinde durulmakta; bireysel özellikler ile belirlenen bilişsel süreçlerin ağrı algısında etkili olduğu savunulmaktadır (Sharp, 2001, Sertel, 2006). Koçoğlu ve Özdemir'in (2011) çalışmasında bireyin gelir düzeyi yani ekonomik koşulları ağrının psikolojik açıdan algılanmasını etkilemektedir. Ağrıyla ilgili organik inançların fiziksel fonksiyon düzeyi ile ilişkili olduğu ve

organik ağrı inançları azaldıkça fonksiyonel düzeyde artış gözleendiği (Walsh, 2002), belirtilmekte ve olumlu ağrı inancının fonksiyonel kapasiteye ilişkin algıyı geliştirdiği, aktivite düzeyini artırdığı ve sağlık kurumlarına başvuruları azalttığı vurgulanmaktadır (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000, Walsh, 2002). Bu nedenle organik ağrı inancı ortaya çıkan sosyo-demografik ve ekonomik belirleyicilerle birlikte kültürel faktörlerin de değerlendirilmesi önemli olabilir.

### **2.1.5. Ağrı Kontrolü**

Genelde ağrı farmakolojik (ilaçlı) ve nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemler ile kontrol edilmektedir (Sloman, Rosen, Rom, Shir, 2005, Sayın, 2010). Farmakolojik yöntemler ilaçla tedaviyi kapsarken, nonfarmakolojik yöntemler ilaç dışı tedaviyi kapsamaktadır. Bu bölümde bu yöntemlere ilişkin bilgi verilecektir.

#### **2.1.5.1. Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolü**

Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünün sağlanması bütün ekibin sorumluluğundadır. Hekim hastanın fiziksel patolojisi için ilaç yazar. Hemşire ilacı uygular ve hastanın tedaviye verdiği cevapları izleyerek hastanın ağrısı ile ilgili ekibi bilgilendirir. Bu nedenle ağrının farmakolojik kontrolünde ekip yaklaşımı çok önemlidir. Hemşirenin ağrı tedavisindeki rolünü gerçekleştirebilmesi için ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünü bilmesi ve ağrı takibini diğer ekip elemanları ile etkili bir şekilde tartışabilmesi gerekmektedir (Karakaya, 2007, Kılıç ve Öztunç, 2012).

Ağrı giderilmesinde kullanılan analjezikler üç grup altında incelenmektedir (Düzel, 2008, Tercan, 2015). Bunlar narkotik olmayan analjezikler, narkotik analjezikler ve adjuvan analjeziklerdir.

##### **2.1.5.1.1. Narkotik olmayan analjezikler**

Reçete edilmediği için çabuk elde edilebilir olması, ciddi yan etkilerinin olmaması ve ağrıyı geçirmedeki etkisi nedeniyle en çok kullanılan gruptur. Bunlara asetilsalisilik asit (aspirin), asetaminofen (parasetamol), ibuprofen (brufen), indometazin (endol), dipiron (novalgin) ve ketorolaktrometamin örnek verilebilir. Narkotik olmayan analjezikler; romatoit artrit gibi enflamatuvar durumlar, bel ağrıları, periferal orjinli akut ya da kronik hafif ve orta ağrılar, baş ağrıları, dismenore, bazı malign tümörler, bazı kanser terapileri ve postoperatif ağrıda kullanılırlar. Dispepsi, kulak çınlaması, kanama zamanında uzama, bulantı, peptik ülser alevlenmesi, alerji,

kusma ve kemik iliğini baskılaması gibi yan etkileri olabilir (Çöçelli, Bacaksız & Ovayolu, 2008, Ünal, 2015, Erdine, 2016).

### **2.1.5.1.2. Narkotik analjezikler**

Genel olarak ameliyat sonrası ağrı, ortopedik kırıklar, terminal hastalık, sistoskopi gibi orta ve şiddetli akut ağrılarda, yanık pansumanları, sicklecell krizleri gibi tekrarlanan akut ağrılarda, yanıklar, kanser ağrısı gibi uzun süre devam eden ağrılarda, travma ve renal kolik gibi şiddetli ağrının hemen azaltılması gereken durumlarda ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin yeterli olmadığı kronik non-malign ve malign ağrılarda narkotik analjezikler kullanılırlar.

Narkotik analjezikler ağrıyı yok etmek için merkezi sinir sistemini etkilerler. Konstipasyon, bulantı, solunumun baskılanması, sedasyon, üriner retansiyon, kaşıntı gibi yan etkileri olabilir. Proksifen (doloksen), kodein zayıf narkotik analjezik iken; meperidin ve morfin güçlü ağrı kesici etkisi olan narkotik analjeziklerdir (Düzel, 2008, Erdine, 2016).

### **2.1.5.1.3. Adjuvan analjezikler**

Farmakolojik olarak analjezik grubunda sınıflanmayan, öncelikli olarak ağrı kesici etkisi olmayan fakat ağrı kesicilerin etkinliğini yükseltmek sebebiyle birlikte alınan ilaçlara adjuvan analjezik denmektedir. Bu ilaçlar ağrı ile ilgili depresyon, huzursuzluk, uykusuzluk ve endişe gibi bir sorun olduğunda ve ağrı narkotiklere yanıt vermediğinde kullanılırlar. Adjuvan analjeziklerin yan etkileri ve etkilerinin uzun süre devam etmesi gibi dezavantajları vardır. Bu grupta yer alan ilaç gruplarına antidepresanlar, kortikosteroidler, antikonvülsanlar örnek olarak verilebilir (Düzel, 2008, Erdine, 2016).

### **2.1.5.2. Ağrının nonfarmakolojik yöntemlerle kontrolü**

Nonfarmakolojik yöntemler farmakolojik yöntemlere ek olarak kullanıldığı gibi tek başına da kullanılabilir ve analjezik etki sağlar. Farmakolojik yöntemler özellikle de opioidler, akut ağrının geçirilmesinde temel olmasına karşın, farmakolojik müdahaleler tek başına ağrının efektif ve duyuşal boyutunu etkin olarak yok etmez ve bilindiği gibi ağrı kesici ilaçların bazı yan etkileri olabilir (Bell ve Duffy, 2009, McDonald, Cole, Carus & Leach, 2017). Farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerle ağrıyı kontrol altına almak, ağrıyla baş etmek için gerekli olan ağrı kesici ilaç dozunu ve dolayısıyla farmakolojik tedavinin istenmeyen etkilerini azaltır (Afşar ve Pınar, 2003, Erdine, 2016). Hastaların ağrısını düşürmek için nonfarmakolojik yöntemlerin de bu nedenle kullanılması gerekmektedir (Aygin ve Var, 2012). Ancak hemşireler ülkemiz genelinde

bağımsız fonksiyonlarının pekiştirici rolü olan ve ağrı kesici ilaç kullanma oranını düşürecek bu yöntemleri yeterli oranda tercih etmemekte ve daha çok ağrı kesici ilaç kullanma yöntemine yönelmektedir. Hemşirelerin genelde farmakolojik yöntemleri tercih etme sebepleri arasında; bağımlı işlevleri olan ilaç vermenin daha az sorumluluk gerektirdiği ya da ağrı konusunda doğrudan sorumluluk almaktan kaçınmaları sayılabilir (Kılıç ve Öztunç, 2012). Birçok alanda kullanımı giderek artan nonfarmakolojik yöntemlerin postoperatif ağrı kontrolünde de kullanımı çok sayıda çalışma ile desteklenmektedir (Akbaş, 2003, Bell ve Duffy, 2009). Bu yöntemlerin kullanımının hemşireler tarafından bilinmesi, uygulanması ve hastalara öğretilmesi postoperatif ağrı ile baş etmede hastalar için oldukça önem arz eder (Abdalrahim, Majalı & Bergbom, 2008). Bu yöntemlerden bazıları aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

#### **2.1.5.2.1. Soğuk uygulama**

Soğuk uygulamalar, ucuz ve basit bir tedavi şekli olmasının yanında ağrının nonfarmakolojik tedavisinde önemli bir yöntem olarak görülmektedir. Soğuk uygulamaların inflamasyon ve spazmı azalttığı ve ağrı eşiğini yükselttiği belirtilmiştir. Derideki soğuk alıcılarının uyarıldığı, büyük çaplı A lifleri ile arka boynuza giden uyarıların ağrı geçiş kapısını kapadığı bunun soğuk uygulama ile olduğu varsayılmaktadır. (On, 2006, Erdine, 2016).

#### **2.1.5.2.2. Sıcak uygulama**

Isı reseptörleri aracılığıyla sıcak uygulama ağrıyı baskılayan refleksleri aktive eder. Böylece kas spazmında ve bununla birlikte de ağrıda azalma görülür (Özyuvacı, Altan & Yücel, 2003, Yılmaz ve Gürler, 2011, Erdine, 2016).

#### **2.1.5.2.3. Kas gevşetmesi (Relaksasyon)**

Kas gevşetmesi ile gevşeme eğitiminde, genellikle sıralı bir şekilde kasları germe ardından gevşetme ile ağrı ve endişe (dolaylı yollarla) azaltılmaya çalışılır (Richards ve Hubbert, 2007). Hastalara belirlenen bir kas grubunu germeleri ve yorulması kadar öyle durmaları anlatılır. Hasta bu kaslarını gevşetir ve farklı bir grup kasını kasma ile egzersizler tekrarlanır (Topçu, 2008, Tercan, 2015).

#### **2.1.5.2.4. Hipnoz**

Operasyonlarda analjeziyi sağlamak için on dokuzuncu yüzyılın ilk yarısında kullanılan hipnoz yöntemi, ağrıyla baş etmede en çok kullanılan yöntemler arasındadır. Değişen duygu, psikolojik durum ve dikkatin belirli bir duruma odaklaşmasını sağlayan, minimal motor fonksiyonu içeren, hipnoz kompleks bir yöntemdir (Düzel, Aytaç & Öztunç, 2012).



### **2.1.5.2.5. Düşleme**

Düşleme bilişsel-davranışsal ağrı yöntemleri arasındadır. Duyu ve düş gücü kullanılarak akılda bir görüntü canlandırma ile ağrı deneyiminin farklılaştırılmasını içerir. Bu yöntem ile dikkati başka yöne çekerek ağrı hafifletilebilir (Çöçelli vd., 2008).

### **2.1.5.2.6. Biyolojik geri bildirim (Bio-Feedback)**

Biyolojik geri-bildirim, fizyolojik bir fonksiyonu kontrol altına almaya veya gevşemeye yardım amacıyla bunun hastaya anlatılmasına dayanan bir yöntemdir (Uçan ve Ovayolu, 2007).

### **2.1.5.2.7. Akupunktur**

Akupunktur ve akupressure gibi yöntemler son zamanlarda çoğunlukla kullanılmaktadır. Geleneksel Çin tıbbında, vücut meridyenlere bölünür ve bu meridyenler içinde bazı bölümlerin ağrıyı kontrol ettiğine inanılır. Bu bölgelere değişik şekillerde müdahale edilerek ağrının azaltılabileceği düşünülmektedir (Richards ve Hubbert, 2007, Erdine, 2016).

### **2.1.5.2.8. Bilişsel terapi**

İlk olarak ağrıya has olan durumun tanımlanmasına ve daha mümkün olan pozitif durumla farklılaştırılmaya çalışılmasına bilişsel terapi yöntemi adı verilir. (Richards ve Hubbert, 2007).

### **2.1.5.2.9. Meditasyon**

Birçok hastalıkta ağrının, anksiyetenin ve diğer belirtilerin azaltılmasında meditasyon yöntemi kullanılmaktadır. Meditasyon rahat bir pozisyon içinde olmayı, kendi kendine odaklanmayı içerir. Farklı bir malzemeye ihtiyaç duyulmadan kolaylıkla uygulanabilmektedir (Tercan, 2015).

### **2.1.5.2.10. Davranış terapisi**

Davranış terapsinin amacı, hastanın fonksiyon seviyesini yükseltmek ve analjezik kullanımını önce düşürüp, sonra tümüyle kesmek ve uyumsuz davranışlarını azaltmaktır (Tercan, 2015)

### **2.1.5.2.11. Masaj**

Ağrı, yorgunluk, bulantı ve endiŐe gibi belirtilerin dűŐürűlmesi, hayat kalitesinin yükseltilmesi, kasların gevŐetilmesi, dolaŐımın hızlandırılması gibi fiziki yararlarının yanı sıra zihinsel yararları da olan güvenli ve etkili bir yöntemdir. Bu yöntemde elle veya mekaniksel yöntemlerle vücudun yumuŐak dokuları ovularak, basınç yapılarak, vurularak ya da bu hareketlerin beraber kullanılması ile ağrı azaltılmaya çalışılır (Özveren ve Uçar, 2009, Gül ve Eti Aslan, 2010).

### **2.1.5.2.12. Müzik terapisi**

Müziđin vűcüt, akıl ve ruh arasında bir denge oluşturduğu araŐtırmacılar tarafından belirtilmektedir. Yapılan pek çok araŐtırma (Uyar ve Korhan, 2011, Alparlan vd., 2015, Çınar, Olgun, Duran & Arat, 2015) müziğin ağrı ve endiŐe üzerinde pozitif yönde etkilerinin olduğunu, hasta veya sağlıklı bireylerin yaŐam kalitesini arttırdığını ortaya koymuŐtur. Müziđin; vűcüt ısısını, solunum hızını, kalp hızını ve kan basıncını azaltan, hastanın dikkatini baŐka yöne yođunlaŐtıran, özellikle terminal dönemdeki hastaların hayat kalitesini arttıran önemli bir etken olduğu belirtilmiŐtir (Uyar ve Korhan, 2011).

### **2.1.5.2.13. Dikkati başka yöne çekme**

Dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı haricinde herhangi bir Őeye yođunlaŐtırılmasıdır. Bu yöntem bir tür duyusal koruyuculuk oluşturur ve ağrı tamamıyla yok olmaz. Ancak ağrı toleransı ve ağrı algılama eŐiđinde azalma görülür (Uçan ve Ovayolu, 2007).

### **2.1.5.2.14. Mentollű kremler**

Mentolűn ađrıyı azaltıcı etkisinin, içinde bulunan analjezik maddelerden veya kokusunun korteksi uyararak substantia gelatinosa ya giriŐi kapatıcı sinyaller göndermesinden olabileceđi düşünűlmektedir. Bu kremlerin ađrıyan bölgeye ve çevresine ovularak uygulanması önerilir (Uçan ve Ovayolu, 2007).

### **2.1.5.2.15. Uyku**

Temel insan ihtiyaçlarından olan uyku ađrı kontrolűnde önemli faktörlerdendir. Uykusuzluk problemi olan bir kiŐi yorgunluk ve gerginlik

yaşayabilir. Böyle bir durumda ağrı algısında artış olması beklenir. (Uçan ve Ovayolu, 2007, Tercan, 2015).

### **2.1.6. Ağrı ve Hemşirelik**

Ağrının ekip çalışmasıyla kontrol altına alınmasıyla kişinin hayat kalitesi artacak, maddi kayıp ve vakit kaybı azalacaktır. Ağrıyla baş etmede öncelikle ağrının, ağrıyı etkileyen etkenlerin ve kişisel başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilmesi çok önemlidir (Yılmaz ve Gürler, 2011).

Ağrıyla baş etmede ekibin önemli üç üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Bu ekip üyeleri içinde ağrıyı yaşayan yalnızca hastadır. McCaffery "Ağrı hastanın ifade ettiği ve hasta ağrısının olduğunu belirtiyorsa ağrı vardır." demiştir. Ağrısı olan hasta diğer iki üye ile iletişim kurar. Hemşireler hasta ile diğer sağlık ekibi içerisinde ağrılı hasta ile en uzun süre birlikte olduklarından ve hastanın yakından izlenme görevi hemşirelere verildiğinden ağrının kontrol altına alınmasında çok önemli bir role sahiptirler (Sayın, 2010).

Hastayı rahatlatma felsefesi üzerine kurulmuş olan hemşirelik mesleğinin uygulayıcısı olan hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, ağrı kontrolünü etkileyen etmenleri bilmesi, ağrının gelişimini değerlendirmesi ve ağrı kontrol yöntemlerini bilerek ekibin aktif bir elemanı olarak çalışması, hastanın rahatlatmasını sağlaması ve iyileşme dönemini hızlandırmaya katkıda bulunmasıdır (Gürler, 2007). Hemşirelerin ağrı konusundaki bilgi düzeylerini saptamak için yapılmış çalışmaların (Bacaksız, 2007, Gürler, 2007, Yılmaz ve Gürler, 2011) hemen hepsi hemşirelerin ağrı bilgilerinin yetersiz olduğunu bilgileri olsa bile bunu uygulamaya aktarmadıklarını ortaya koymuştur. Hemşirelerin uygulamaya koymama nedenleri arasında; zaman kısıtlılığı, farklı görevlerin verilmesi, bunlara ve bu gibi nedenlere bağlı tükenmişlik yaşamaları olabilir.

Ağrı tedavisinde hemşireden beklenen; tedavide etkin olarak bulunması, sonuçları takip etmesi, nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kullanabilmesi ile ağrıyı tolere edilebilir sınırlar içinde tutarak olası komplikasyonları önleyebilmesidir. Bugün için hemşirenin bu sorumluluğunu tam yerine getirebildiğini söylemek olası değildir. Çünkü hâlâ hasta yakınmalarının başında ağrı gelmekte ve bir sorun oluşturmaya devam etmektedir (Aslan, 2005, Valerie ve Pharm, 2011).

Ağrı tedavisinde çoğunlukla ağrının hafifletilmesi dikkate alınır. Hemşirelikte ağrıya yaklaşım, ağrının hafifletilmesi teriminden daha doğru ve çok boyutlu bir ifadedir ve ağrılı hasta ile hemşirelerin etkileşiminde birçok yola işaret eder (Aslan, 2005, Sayın, 2010).

## 2.2. Tükenmişlik Sendromu

Son yıllarda giderek ilgi çeken birçok meslekte genellikle belirtileri ile ortaya çıkan tükenmişlik sendromu günümüz popüler konularındandır. Her meslekte görülebilen mesleğe karşı ilgi ve heves yitimi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde daha fazla olarak ortaya çıkmaktadır. İşine daha fazla enerjisini veren ve işinden daha az tatmin olan birey tükenme olarak tanımlanan duruma ulaşabilmektedir. İş hayatındaki stres durumları sonucunda gelişen duygusuzluk, hayal kırıklığı, depresyon ve şüphe olarak belirtilen tükenme terimi ilk olarak Freudenberg (1974) tarafından ortaya atılmıştır (Yüksel, 2013). Freudenberg tükenmişliği "insanın güç, enerji veya kaynakları üzerinde aşırı isteklerinden dolayı tükenmiş hissetmeye başlaması" olarak ifade etmiştir (Taycan, Kutlu, Çimen & Aydın, 2006, Yüksel, 2013).

Maslach ve Johnson göre tükenmişlik "fiziksel bitkinlik, olumsuz benlik kavramı, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları, işe yaramama, diğer insanlara karşı olumsuz tutumları içeren fiziksel, duygusal ve zihinsel boyutları olan bir sendromdur (Arı ve Bal, 2008). Yorgunluk, aşırı sinirlilik, uykusuzluk, katılık, depresyon, rahat olamama, kızgınlık ve insanları itmek tükenmişliğin en önemli belirtilerinden sayılabilir (Altay, Gönener & Demirkıran, 2010).

Tükenmişliğin en çok kullanılan ve en çok kabul edilen tanımlaması Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen üç yönlü tanımlamadır. Maslach ve Jackson tükenmişlik sendromunu, kişinin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve azalan kişisel başarı duygusundan oluşan bir psikolojik hastalık tablosu olarak tanımlamıştır. Maslach ve Jackson, tükenmişliği duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğine bağlı duyguları sınıflandırdıkları 3 farklı alt kategori oluşturmuşlardır. Bunlar;

1. Duygusal Tükenmişlik: Duygusal tükenme bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği duygusunu hissetmesiyle başlar. Bu duygusal durumda olan birey, hizmet verdiği bireylere karşı geçmişteki kadar yeterli olamadığını ve onlara karşı sorumlu olamadığını düşünür. Maslach duygusal tükenmişliği tükenmişliğin en önemli bileşeni olarak belirtmiştir (Metin ve Özer, 2007, Süloğlu, 2009).

2. Duyarsızlaşma: Duyarsızlaşma kendini çalışanların hizmet verdikleri bireylere karşı bir insan gibi değil de bir obje gibi davranmalarıyla başlar. Bu kişiler, etkileşim içinde oldukları kişilere ve kuruma karşı umursamaz, mesafeli ve dalgacı bir tavır içinde olabilirler. İnsanları sınıflara ayırma, katı kurallara göre iş yapma, başkalarından devamlı olarak kötülük geleceğini sanma duyarsızlaşmanın belirtileridir (Metin ve Özer, 2007, Theofilou, 2012).

3. Kişisel Başarıda Azalma: Kişisel başarı, kişinin meslekteki başarı seviyesinin yeterliliğinin bir kıstasıdır. Kişinin, kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir durum kazanmasıyla başlamaktadır. Bu kişiler işlerinde ilerleyemediklerini hatta geri gittiklerini düşünmekte ve bu durumdan kendilerini sorumlu tutmakta ve harcadıkları çabanın bir işe yaramayacağına düşünmektedirler. Kişisel başarı azlığı, grup olarak çalışan bireylerde daha çok görülmektedir (Sönmez, 2006, Polikandrioti, 2009).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, yukarıda belirtilen bu 3 boyuttan yararlanılarak oluşturulmuştur. Yirmi iki maddeden oluşmakta ve tükenmişlik çalışmalarında en sık tercih edilen ölçek durumundadır. Bu ölçek ülkemizde 1992 yılında Ergin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Ergin,1992).

Tükenmişlik iş hayatında fazlasıyla önemli farklılıklara sebebiyet vermektedir. Bu farklılıklar arasında iş doyumunun, iş katılımının ve performansın düşmesi, işten ayrılmaların artması, aile hayatının çökmesi, grup çalışanları arasındaki bağın zayıflaması, fiziki ve duygusal semptomların fazlalaşması, sağlık harcamalarının yükselmesi gibi durumlar sayılabilir (Erkal ve Şahin, 2011).

### **2.2.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler**

Bireysel ve sosyal faktörler ile bireysel ve örgütle ilgili faktörler mesleki tükenmişliği etkileyen etkenler olarak ikiye ayrılabilir (Günüşen ve Üstün, 2010).

#### **2.2.1.1. Bireysel ve sosyal faktörler**

Tükenmişliğin zeminini oluşturan veya tükenmişliğin artmasına sebep olan, bazen de bireyin sahip olduğu tükenmişliği ve etkilerini azaltıcı bir rol oynayan özellikler bireysel özellikleri açıklamaktadır. Bireysel ve sosyal özellikler arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim, kişilik, yaş, iste çalışma süresi, sosyal destek ve beklentiler sayılmaktadır.

Aynı mesleğe sahip kadın ve erkekler tükenmişliğin değişik boyutlarına değişik seviyelerde maruz kalabilmektedir. Erkeklerin kadınlara göre daha az duygusal tükenmişlik yaşadığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissini ise kadınların daha az yaşadığını Maslach ve Jacson çalışmalarında ortaya çıkarmışlardır (Ergin, 1992, Derin ve Demirel, 2012).

Tükenmişliğin gençlerde ve ilerlemiş yaştaki çalışanlarda görülme seviyesi değişiklik göstermektedir. Genç çalışanların, mesleğin ilk yıllarında beklentilerinin de yüksek olması sebebiyle daha fazla tükenmişlik

hissettikleri tükenmişliğe ilişkin yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Ergin, 1992, Demir, 2004).

Bireylerin gördükleri eğitim de tükenmişlik seviyesinde etki gösteren diğer bir etkidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe tükenmişlikle mücadelede başarının artacağı ve eğitim seviyesi ile tükenmişlik arasında ters bir ilişki olacağı çalışmaların büyük çoğunluğunda varsayım olarak bulunmasına rağmen, sonuçlarda eğitim seviyesi arttıkça tükenmişliğin de arttığı gözlenmektedir. (Cimiotti, Aiken, Sloane & Wu, 2012).

Tükenmişliği etkileyen sosyal faktörlerin en önemli etkenleri sosyal destek ve aile yapısıdır. Güzel bir aile hayatına sahip olmak, iş arkadaşları ile sorunlarını paylaşarak çözüme kavuşturmak tükenmişliği düşürmede rol oynamaktadır (Budak ve Süregevil, 2005, Öner, 2011).

Tükenmişliği etkileyen bir diğer etmen de çalışanların medeni durumlarıdır. Çalışmalar hiç evlenmeyen ve boşanan kişilerle evli ama çocuk sahibi olmayan bireylerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Budak ve Süregevil, 2005, Lasebikan ve Oyetunde, 2012).

Tükenmişlik seviyesini belirleyen diğer bir etken de bireyin biyolojik ve psikolojik özelliklerini belirten bireysellik kavramıdır. Kişilerin sorunları karşılama biçimleri, diğer insanlarla ilişkileri, olaylara yaklaşımları, kendilerini kontrol edebilme becerileri tükenmişlik seviyesinde etken olabilir (Barutçu ve Serinkan, 2008).

### **2.2.1.2. Bireysel ve örgütle ilgili faktörler**

Tükenmişlik birey ile çalışma ortamı arasındaki ilişkiyle ortaya çıkan bir sonuçtur. Literatürdeki araştırmalarda tükenmişliğin sebepleri genelde durumsal olarak belirtilmekte, tükenmişliğin çözümlenmesi için işle ilgili sosyal ortamdaki sorunların çözülmesi gerektiği görüşü öne sürülmektedir (Budak ve Süregevil, 2005, Barutçu ve Serinkan, 2008). İş ve örgütle ilgili faktörler arasında öncelikli olanlar aidiyet, ödüller, iş yükü, değerler ve adalettir (Derin ve Demirel, 2012).

Tükenme ile sonuçlanan bireysel ve örgütle ilgili faktörler arasında çalışma ortamındaki ilişkiler, yetersiz verilerle bir işin başarılmaya çalışılması, iş ortamında karşı karşıya gelinen kişilerle geçirilen sürenin artması, kişinin iş ortamında kendisini gerçekleştirememesi, yönetimin yetersizliği ve iletişim problemleri sayılabilir. (Kaya, Kaya, Ayık & Uygur, 2010, Güven, 2013).

İş-yetenek uyumsuzluğu, iş-aile çatışması, meslekten ve iş ortamından duyulan memnuniyet bireylerin tükenmişlik seviyelerini etkileyen faktörler arasındadır (Lasebikan ve Oyetunde, 2012).

Ayrı meslekler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda değişik meslek ya da uğraş alanlarında kişilerin değişik seviyede tükenmişliğinin olduğu, bundan dolayı bazı meslek ve işlerin daha çok tükenmişlik sendromu yaratabileceği gözlenen bir durumdur (Naktiyok ve Karabey, 2005, Sayıl, Haran, Ölmez & Özgüven, 2006, Kaya, Kaya, Ayık & Uygur, 2010, Kebapçı ve Akyolcu, 2011).

### **2.2.2. Tükenmişliğin Belirtileri**

Duygusal, davranışsal ve bedensel olarak sınıflandırılabilen belirtiler bireyin tükenmişlik yaşadığını ortaya koyabilir. Bireyin tükenme yaşaması halinde ortaya çıkabilecek belirtiler şunlardır (Öner, 2011).

**2.2.2.1. Duygusal belirtiler:** Çaresizlik, motivasyon eksikliği, kendini soyutlanmış hissetme, kişisel güvende azalma, çabuk öfkelenme, kaygı, değersizlik hissi, huzursuzluk, tatminsizlik, konsantrasyon bozuklukları, zihin karışıklığı ve düzensizlik, aşırı şüphencilik, bilişsel becerilerde güçlükler yasama bu belirtiler arasında sayılabilir.

**2.2.2.2. Davranışsal belirtiler:** Davranışsal belirtiler arasında; kurallar konusunda katılık, inkâr etme, ani tepkisellik, alınganlık, sinirlilik, sabırsızlık, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, rasyonelleştirme, çevre ile ilişkilerde bozulmalar sayılabilir.

**2.2.2.3. Bedensel belirtiler:** Bedensel belirtiler arasında; kronik yorgunluk, nefes darlığı, mide problemleri, enerji kaybı, uyku bozuklukları sayılabilir (Kebapçı ve Akyolcu, 2011, Erkal ve şahin, 2011).

### **2.2.3. Tükenmişlik Sendromunun Etkileri**

Araştırmalarla da desteklenen tükenmişliğin ciddi sonuçlarının olduğudur. Çok fazla bir şekilde tükenmişlik yaşama sonucunda bireylerde belli psikosomatik rahatsızlıklar, alkol ve ilaç kullanımında artış, işten ayrılma, uykusuzluk, evlilik ve aile yaşantısında olan sorunlar görülebilir (Ergin, 1992, Güven, 2013).

Tükenmişlik yaşayan bir birey sağlık sorunlarına, psikolojik incinmeye, kendine değer vermede düşmeye ve iş ile ilgili memnuniyetsizlikte artış olmasına eğilim gösterebilir. Duygusal tükenme ile birlikte fiziksel şikâyetler de görülebilir. Yorgunluk, halsizlik gibi şikâyetler meydana gelir. Sabahları uyanmak ve yeni bir güne başlamak zor gelir. Duygusal gerginliğin sürmesi nedeniyle uykusuzluk olur, kâbuslar görülür. Kronik gerginliğin sebep olduğu hastalıklara yatkınlık oluşabilir. Tükenmişliği yaşayan kişide, soğuk algınlıkları, baş ağrılarını yoğun bir şekilde yaşama görülebilir. Kendilik değerinin azalması ise psikolojik zararlarındandır. Çalışan kendine, işe ve bu işi yapan diğer çalışanlara

karşı olumsuz düşünceler beslemeye başlar. En ufak düş kırıklığında bile ani öfke patlamaları yaşayabilir (Öner, 2011). Tükenmişlik sendromunda görülen en büyük farklılık kişinin iş performansındadır. İş kalitesinde ve motivasyonunda düşme görülür. Sağlık alanında tedavi edilecek kişiye karşı nesnel bir yaklaşım izlenir. İnsan yerine sadece sorunu tedavi etmek eğilimi vardır. Yardım alanın insani gereklilikleri görmezden gelinir. Hasta ile göz kontağından kaçınılır, bedensel iletişim azaltılır (Sayıl vd., 2006). Bu negatif yaklaşım verilen hizmetin kalitesini düşürerek hizmet alan kişiye zararı olur. Bu durumda kurum çalışanından üst düzeyde bir verimlilik alamayacağından kendisi de bu durumdan zarar görebilir (Şenturan, Karabacak, Alpar & Sabuncu, 2009).

Kişinin ailesi ve yakın çevresi de tükenmişlik sendromundan zarar görür. Tükenmişlik yaşayan kişi eve gergin, üzgün ve fiziksel olarak yorgun gelir. Zamanının çoğunu işte yaşanan olumsuz durumlardan bahsederek geçirir. Bu durum aile için başa çıkmak zorunda oldukları bir durumdur. Kavga ve problemlerin artması aile içinde sorunlara sebep olur. (Süloğlu, 2009).

#### **2.2.4. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi**

Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler:

Ülkemizde hastanelerin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak hizmet vermesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve yaşama geçirilmesi, , uzun çalışma saatlerinin azaltılması, demokratik yönetim yaklaşımının benimsenmesi, sistemdeki ödül kaynaklarının arttırılmasıdır (Taycan vd., 2006, Günüşen ve Üstün, 2010).

İşyeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler:

Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayan kişinin oryantasyon programına katılımı, sistemdeki ödül kaynaklarının çoğaltılması, düzenli ekip içi toplantıları ile öneri ve eleştirilerin alınması, bölümlerin özelliklerine göre etkin personel planının yapılması sıkıntılı bir durumda kendilerinden yardım alabilecekleri, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve kolaylaştırılması, alınan kararlara katılımın sağlanması gereklidir. Hoşgörülü, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, esnek tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemli bir etkiye sahiptir (Naktiyok ve Karabey, 2005, Erkal ve Şahin, 2011).

Bireysel düzeyde yapılması gerekenler:

İş ortamının kontrol edilme olasılığının az olduğu durumlarda bireysel baş etme yöntemleri önceliklidir (Arı ve Bal, 2008).



- Güç ve inanç tükenmişlik seviyesine gelmiş olan bireyin en önemli ihtiyacıdır. Bu aşamadan çıkmak için bakış açılarının, değerler sıralamasının, düşünce sisteminin, değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir.

- Tükenmişlik tanımının ne olduğunun ve belirtilerinin kişi tarafından bilinmesi kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlamaktadır.

- Kişi yaşamını, iş dışındaki ortamlarını geliştirmesi yönünde desteklenmelidir.

- Kişinin tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanması sağlanmalıdır.

- İşyerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmalı, monotonluğu azaltmalıdır. Buna örnek olarak her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatil planları yapmanın yararlı olabileceği verilebilir.

- Nefes alma, meditasyon ve gevşeme teknikleri gibi yöntemlere başvurulabilir.

- Nükteye, mizah dergilerine hayatlarında yer verebilir, evde sakinleşip dinlenebileceği rahatlatma köşesi oluşturabilir (Arı ve Bal, 2008, Derin ve Demirel, 2012).

İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler:

- Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte dışarıda vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirleriyle olan iletişimini daha da artırır.

- Birlikte çalışanların uyumlu bir şekilde çalışma içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem hizmetin kalitesini artırır hem de ilişki sorunlarını çözer.

- Daha uzun süre çalışan iş arkadaşları, işe yeni başlayan kişilere gerçekçi rol modelleri olabilmeli ve onlara destek olmalıdır. (Günüşen ve Üstün, 2010).

Aile düzeyinde yapılması gerekenler:

İş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmez bir unsurdur, bu yolla kişinin, işi hayatı dışında var olabileceği ve takdir görebileceği bir alanı olmuş olur (Günüşen ve Üstün, 2010).

## 2.2.5. Hemşirelik ve Tükenmişlik

Tükenmişliğin en yaygın olarak hemşirelerde yaşandığı farklı meslek grupları üzerine yapılan çalışmalar ( Kavlu, 2008, Sharma, Sharp & Walker, 2008, Girgis, Hansen, Goldstein, 2009, Emold, Schneider, Meller, Yagil, 2011) sonucunda görülmüştür. Tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkili olan işle ilgili etkenler, çalışmada stres oluşturan durumlardır. Hastane ortamında hemşirelerin çeşitli stres yaratan faktörlere daha fazla maruz kalması, bunlarla uzun süre mücadele etmesi ve baş edememesi tükenmişliğin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. (Demir, 2004, Çam ve Engin, 2017).

Ağrı ve ölümlerle çok sık karşılaşma, aşırı iş yükü, rol belirsizliği, ücretin yetersiz olması, toplumda mesleğin saygınlığının olmaması, bütüncül bakım verememe, vardiya yöntemiyle çalışma, personel eksikliği, hasta ve aileleriyle çatışma hemşirelikte tükenmişlik yaratan faktörlerdir (Akbolat ve Işık, 2008).

Tükenmişliğin ortaya çıkardığı sorunlar sonucunda hemşirelikte üretkenliğin azalması, iş yaşamından doyum sağlanamaması ve profesyonelliğin engellenmesi sonucu görülmektedir (Demir, 2004, Altay, Gönener & Demirkıran, 2010).

Hemşirelikte tükenmişlik ile alakalı yapılan araştırmalarda ortaya çıkan tükenmişliğe neden olan sebepler şöyledir;

- Hemşirelerin kendi uygulamalarını kimsenin etkisi olmadan yönetmek için bağımsız rollere sahip olamaması,
- Hemşirelerin verdikleri hizmet üzerinde kontrolünün olmaması, karar verme yetkisi olmamasına rağmen kararın yarattığı sonuçlarla birebir muhatap olması,
- İşteki görev tanımlarının belirsizliği ve karmaşası, rol karmaşası ve çatışması,
- Bakım verilen hastanın çokluğu, buna karşın personelin yetersiz kalması,
- İş yükünün çok fazlalığı,
- Eksik ve yetersiz malzeme, bozuk araç-gereçlerle çalışmak zorunda kalması,
- Ekip çalışmasının yeterince yerine getirilememesi,
- Mesleki beklentilerin gerçekleştirilememesi,

- Ödül sistemindeki yetersizlikler, çarpıklıklar, yapılan haksızlıklar,
- Terfi ile ilgili sorunların olması,
- Çalışmaları sonucu kişinin beklediği onayı, saygıyı, olumlu geri bildirimini görmemesi,
- Destek sistemlerinin yetersizliği (Demir, 2004, Yüksel, 2013).

Hemşirelikte görülen problemler hemşirelik uygulamalarına; hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından olan bakım verme ve yardım etme işlevlerini yeterince yerine getirememesi, mesleki bilgi ve yeteneklerini yeterince gerçekleştirememesi olarak etki etmektedir. Bunun yanında tükenmişliğin ortaya çıkardığı problemler hemşirelerin iş yaşamından doyum sağlamamasına, üretkenliğinin azalmasına ve profesyonelliğin engellenmesine neden olmaktadır (Sinat, 2007).

### **2.2.6. Hemşirelikte Tükenmişliğin Engellenmesi**

Hemşirelikte tükenmişliğin engellenebilmesi için;

- Tükenmişlik yaşamaya sebep olan problemlerin ortadan kaldırılması için faaliyetler yapılması,
- Çalışma saatleri ve nöbet sayıları için düzenleme yapılması,
- İş yükü ve stresin daha çok görüldüğü acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi birimlere yeni personel alımının sağlanması ve alınan ücretlerin iyileştirilmesi,
- Hemşirelerin görev tanımının netleşmesi,
- Hemşirelere tükenmişlik hakkında hizmet içi eğitim verilmesi,
- Hemşirelere görevleri dışında farklı işlerin verilmemesi,
- Çalışılan birimlerde tükenmişliğe yol açabilecek olan malzeme ve araç gereç eksikliğinin giderilmesi gibi önlemler alınabilir (Akbolat ve Işık, 2008, Akansel, Çitak, Özdemir & Turgutlu, 2012).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Hemşirelerin Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş etme Yöntemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı desende planlanmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri ve Özellikleri

Araştırma Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapılmıştır. Hastane ana bina ve ek hizmet binası olmak üzere iki binada hizmet vermekte ve hastalara muayene, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma 25 Haziran-30 Eylül 2013 tarihleri arasında DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşireler ile yürütülmüştür. Araştırmanın uygulanma sürecinde araştırmanın evrenini hastanede dâhil edilme kriterine uyan toplam 358 hemşire oluşturmuştur. Örneklem grubunu ise; acil, yataklı servis ve yoğun bakımlarda çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışma süresince, örneklemin %83'üne (300) ulaşılmıştır. Diğerleri izinde olma nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Dâhil edilme kriteri:

1-18 yaş üstü bireylere bakım verme

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki hemşirelerin sosyo demografik özelliklerini ve ağrıyla ilgili tanıtıcı özelliklerini kapsayan kişisel veri toplama formudur. İkincisi ise Maslach tükenmişlik ölçeğidir.

**3.4.1. Kişisel veri toplama aracı (EK-1):** Bu form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sayısı gibi sosyodemografik özellikleri, ikinci bölüm de ise ağrıyla ilgili ağrı durumunu değerlendirme, ağrıyla ilgili eğitim alma gibi değişkenleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Birinci bölüm 13 sorudan, ikinci bölüm ise 14 sorudan oluşmaktadır (Gürler, 2007, Yüksel, 2013).

**3.4.2. Maslach tükenmişlik ölçeği (EK 2):** Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği Maslach ve Jackson (1981), tarafından oluşturulmuş ve Ergin (1992) tarafından da Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmuştur. Birinci alt boyut 9 maddeden oluşan " Emotional Exhaustion" "EE" olarak ifade edilen Duygusal Tükenme alt ölçeğidir. İkinci alt boyut 5 maddeden oluşan "Depersonalization" "DP" olarak adlandırılan Duyarsızlaşmadır. Üçüncü alt boyut ise 8 maddeden oluşan " Personal Accomplishment" "PA" olarak adlandırılan Kişisel Başarıdır. Yirmi iki maddeden oluşan ölçek tükenmişliğin üç alt boyutunu değerlendirmektedir. Örneğin orijinalinde değerlendirme süreci 7 basamaklı iken Türkçe kullanımında basamak sayısı 5'e düşürülmüştür (0=Hiçbir zaman, 1=Nadiren, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman).

Ankette yer alan kişisel başarı ifadeleri diğerlerinin aksine olumlu ifadelerdir ve bu ifadelerden alınan yüksek puan, yüksek kişisel başarıyı ifade etmekte, diğer taraftan tükenmişliğin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Buna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ve kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puan yüksek düzeyde tükenmişliği ifade etmektedir. Tükenmişlik ölçeğinin yorumlanmasında sırasıyla duygusal tükenme için 0-16 puan, duyarsızlaşma için 0-6 puan ve kişisel başarı için 39 ve üzeri puanlar, düşük düzey, 17-26 puan, 7-12 puan, 32-38 puan normal, 27 ve üzeri, 13 ve üzeri, 0-31 puanlar yüksek düzey tükenmişliğin göstergesidir (Lasabikan ve Oyatunde, 2012). Çalışmamız kapsamında Maslach Tükenmişlik Ölçeği güvenilirliği, her alt ölçek için iç tutarlık katsayısı ile hesaplanmıştır. Analizler sonucunda Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt ölçekleri için Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,80, 0,75 ve 0,66 hesaplanarak ölçeğin güvenilir olduğu bulunmuştur.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Hizmetleri Müdüründen servislere göre çalışan hemşirelerin güncel listesi alınmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu ve Maslach ve Jackson tarafından hazırlanan tükenmişlik ölçeği formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın yapılacağı servisler araştırmacı tarafından ziyaret edilmiştir. Formlar hemşireler için uygun zaman aralığında hemşire odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 10 dakika sürmüştür. Uygulama serviste ise 8:00-16:00 ve 16:00-8:00 saatleri arasında, uygulama yoğun bakım servislerinde ise 24 saatte bir dönüşümlü olarak gidilerek diğer saat dilimlerinde çalışan hemşirelere ulaşılmıştır.

### **3.6. Araştırma Soruları**

1. Hemşirelerin Ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri nelerdir?
2. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri nedir?
3. Hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 2398 sayılı 11.03.2013 tarihli resmi izin, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakóltesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 80558721/210 sayılı 12.06.2013 tarihli etik onay ve araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verileri DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 25 Haziran-30 Eylül 2013 tarihleri arasında 18 yaş üştü bireylere bakım veren araştırmayı kabul eden hemşireler ile sınırlıdır.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **3.9.1. Verilerin analizi**

Araştırmada elde edilen veriler bir istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik ölçeği ve verilerin karşılaştırılmasında, elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi, normal dağılım gösteren bağımsız değerkenleri karşılaştırmak için bağımsız tek örneklem t testi, one way anova testi, ölçekler normal dağılım göstermediği için ise istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmamızda bulgular iki bölüm olarak ele alınmıştır.

1. Birinci Bölümde Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Sonuçlara,

2. İkinci Bölümde Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerine ve Ağrılı Hastada kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlara yer verilmiştir.

### 4.1. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş etme Yöntemlerine İlişkin Sonuçlar

Hemşirelerin %64'ü 31-48, %36'sı 19-30 yaş aralığındaydı. Hemşirelerin %70'inin kadın olduğu, medeni durumuna bakıldığında ise %33'ünün bekâr olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında ise %61,3'ünün 1-3 çocuğu olduğu, %38,7'sinin ise çocuk sahibi olmadığı belirlendi. Çalışmaya alınan hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımları değerlendirildiğinde %39,3'ünün lisans, %35,7'sinin ön lisans eğitimi aldığı saptandı (Tablo:1).

Araştırmada görüşüne başvurulmuş hemşirelerin %45,7'sinin 0-6 yıl önce, %27'sinin ise 7-12 yıl önce mezun oldukları görülmüştür. Hemşirelerin %55,7'si 1-10 yıl, %37,3'ü ise 11-20 yıldır hemşirelik yapmaktadır. Hemşirelerin %85,7'si 0-6 yıldır, %11,3'ü 7-12 yıldır DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %59,6'sı iç hastalıkları birimlerinde, %29,7'si cerrahi birimlerde, %10,7'si acil serviste çalışmaktadır. Hemşirelerin %68'i gündüz vardiyasında, %52,3'ü ise nöbet usulü çalışmaktaydı. Hemşirelerin %94'ü servis hemşiresi, %6'sı sorumlu hemşiredir. Çalıştıkları süre içerisinde hemşirelerin %43,8'i 16-45, %43,6'sı ise 0-15 hastanın bakımından sorumlu olduğunu belirtmiştir (Tablo: 1).

**Tablo:1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

Sosyo-demografik özellikler		Sayı	%
Yaş	19-30	108	36,0
	31-48	192	64,0
Cinsiyet	Erkek	90	30,0
	Kadın	210	70,0
Medeni durum	Evli	201	67,0
	Bekâr	99	33,0
Çocuk sayısı	Yok	116	38,7
	1-3	184	61,3
Öğrenim durumu	SML	67	22,3
	Ön lisans	107	35,7
	Lisans	118	39,3
	Lisansüstü	8	2,7
Mezuniyet süresi	0-6 yıl	137	45,7
	7-12 yıl	81	27,0
	13-18 yıl	61	20,3
	19-24 yıl	21	7,0
Hemşire olarak çalışma süresi	1-10 yıl	167	55,7
	11-20 yıl	112	37,3
	21-30 yıl	21	7,0
Hastanedeki görev süresi	0-6 yıl	257	85,7
	7-12 yıl	34	11,3
	13-18 yıl	7	2,3
	19-24 yıl	2	0,7
Çalıştıkları klinik	İç hastalıkları	179	59,6
	Cerrahi	89	29,7
	Acil	32	10,7
Çalışma şekli	Vardiyalı(24 saat)	94	31,3
	Nöbet(16 saat)	172	52,3
	Gündüz(8 saat)	204	68,0
Görev	Hemşire	282	94,0
	Sorumlu hemşire	18	6,0
Bakım verdikleri hasta sayısı	0-15 Hasta	131	43,6
	16-45 Hasta	132	43,8
	46 ve üzeri Hasta	38	12,6
Toplam		300	100



Çalışmaya katılan hemşirelerin %95,7'si hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirdiklerini belirtmiştir. Hastanın ağrısını değerlendiren hemşirelerden %83,6'sı hastanın sözlü ifadesine dayanarak, %56,7'si hastanın davranışlarından, %41,8'i ise ağrı ölçeği kullanarak hastanın ağrısı olup olmadığını anladıklarını bildirmiştir (Tablo:2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %60,7'si ağrı hakkında eğitim aldığını, %39,3'ü herhangi bir eğitim almadığını, eğitim aldığını bildirenlerin %85,7'si mesleki eğitim, %14,2'si hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmiştir (Tablo:2). Eğitim alan hemşirelerin aldıkları eğitimi çalışma hayatında kullanma oranları %100 olarak belirtilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin ağrı ile ilgili bir yayın takip edip etmediklerine bakıldığında %5,7'sinin yayın takip ediyor olduğu görülmüştür. Ağrı ile ilgili yayın takip edenlerin %82,4'ü basın yayın organlarında çıkan yayınları, %35,3'ü ise ağrı ile ilgili makaleleri takip ettiğini belirtmiştir. Herhangi bir yayın takip etmeyenlerin %46,3'ü zamanı olmadığı için, %27,9'u konuya ilgileri olmadığı için yayın takip etmediklerini belirtmiştir. Hemşirelerin %87,7'si herhangi bir zaman diliminde ağrı deneyimlediklerini belirtmiştir. Hemşirelerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına bakıldığında ise %62,3'ünün sıklıkla, %24,3'ünün her zaman karşılaştığı belirtilmiştir (Tablo:2).

**Tablo:2 Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri**

<b>Ağrı ile ilgili tanıtıcı özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Ağrıyı değerlendirme durumu	Değerlendiriyorum	287	95,7
	Değerlendirmiyorum	13	4,3
Ağrının değerlendirilme şekli*	Hastanın sözlü ifadesi	240	83,6
	Hastanın davranışları	170	56,7
	Ölçek kullanırım	120	41,8
Ağrıya ilgili eğitim durumu	Evet	182	60,7
	Hayır	118	39,3
Aldıkları eğitim türü	Mesleki eğitim	156	85,7
	Hizmet içi eğitim	26	14,2
Ağrıya ilgili yayın takip etme durumu	Evet	17	5,7
	Hayır	283	94,3
Takip edilen yayın türü	Basın yayın organları(TV vb.)	14	82,4
	Makale	6	35,3
Yayın takip etmeme nedenleri	Zamanım yok	131	46,3
	Konuya ilgim yok	79	27,9
	Kendimi yeterli görüyorum	57	20,1
	Kaynak bulamama	22	7,8
	Diğer**	8	2,9
Ağrı deneyimi	Evet	263	87,7
	Hayır	37	12,3
Ağrılı hasta ile karşılaşma sıklığı	Hiç	1	0,3
	Bazen	39	13,3
	Sıklıkla	187	62,3
	Her zaman	73	24,3
Toplam		300	100

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

\*\*Mesleki tükenmişlik, gerekli görmüyorum

Çalışmaya katılan hemşirelerin ağrıya yönelik girişim olarak %12,3'ünün sadece farmakolojik yöntem kullandığı, %87,7'sinin ise farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntem olarak; %56,7'sinin dikkati başka yöne çekme yöntemini, %41,7'sinin kas gevşetme yöntemini, %37,7'sinin soğuk uygulama yöntemini, %24,3'ünün sıcak uygulama yöntemini, %12,3'ünün davranış terapisi yöntemini, %4,7'sinin düşünme yöntemini, %4,3'ünün masaj yöntemini, %2,7'sinin müzik terapisi yöntemini, %2,3'ünün bilişsel terapi yöntemini, %2'sinin geri bildirim yöntemini, %0,7'sinin de diğer yöntemleri (pozisyon verme, eğitim verme) seçtikleri belirlenmiştir (Tablo:3).

**Tablo: 3 Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Uyguladıkları Hemşirelik Girişimleri**

		Sayı	%
Ağrıya yönelik uyguladığı girişimler*	Hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem	37	12,3
	Sadece farmakolojik yöntemler	263	87,7
	Dikkati başka yöne çekme	170	56,7
	Kas gevşetmesi	125	41,7
	Soğuk uygulama	113	37,7
	Sıcak uygulama	73	24,3
	Davranış terapisi	37	12,3
	Düşleme	14	4,7
	Masaj	13	4,3
	Müzik terapisi	8	2,7
	Bilişsel terapi	7	2,3
	Geri bildirim	6	2,0
Diğer**	2	0,7	

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

\*\*Pozisyon verme, eğitim

Hemşirelerin farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kullanma nedenlerine bakıldığında ise; %37,7'si farmakolojik yöntemleri, %6,4'ü nonfarmakolojik yöntemleri daha etkili olduğu için, %68'i farmakolojik yöntemleri, %42,3'ü nonfarmakolojik yöntemleri bağımlı veya bağımsız rollerini kullanmak için, %5'i farmakolojik yöntemleri, %30,2'si nonfarmakolojik yöntemleri kolay uygulandığı ya da yan etkilerinden hastayı korumak için, %18,3'ü farmakolojik yöntemleri, %1,9'u nonfarmakolojik yöntemleri hastanın tercihi bu yönde olduğu için, %0,6'sı farmakolojik yöntemleri, %33,2'si nonfarmakolojik yöntemleri diğer sebeplerden dolayı tercih ettiklerini belirtmiştir (Tablo:4).

**Tablo: 4 Hemşirelerin Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemleri Seçme Nedenleri**

Değişkenler	Farmakolojik Yöntemler		Nonfarmakolojik Yöntemler	
	Sayı	%	Sayı	%
Farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemleri seçme nedenleri				
Daha etkili olması	113	37,7	17	6,4
Bağımlı veya bağımsız rollerini kullanmak	204	68,0	112	42,3
Kolay uygulanması/Yan etkilerinden koruma	15	5,0	80	30,2
Hastanın tercihi	55	18,3	5	1,9
Diğer*	2	0,6	88	33,2

\*Farmakolojik uygulamada: özel sebepler, Nonfarmakolojik uygulamada: Hasta ile iletişimi artırması ve hastayı oyalamak

Tablo 5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin farmakolojik veya hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma durumlarının sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırılmasında kullandıkları yöntem arasında fark bulunmamıştır (  $p>0,05$ ). Ağrı hakkında eğitim alma ve ağrı deneyimi olma durumlarıyla hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik veya sadece farmakolojik yöntem kullanma durumları karşılaştırıldığında ağrı ile ilgili eğitim alma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ( $z=3,390$   $p=0,001$ ). Bu farkı ağrı ile ilgili eğitim alan ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanan hemşireler oluşturmuştur. Diğer değişkenler arasında fark gözlenmemiştir.



**Tablo: 5 Hemşirelerin Sadece Farmakolojik Yöntem ve Hem Farmakolojik Hem de Nonfarmakolojik Yöntem Kullanma Durumları ile Sosyodemografik ve Bazı Ağrı Özelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler		Farmakolojik Yöntemlerin Yanında Nonfarmakolojik Yöntem Kullananlar		Sadece Farmakolojik Yöntem Kullananlar		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	
Vardiyalı çalışma durumu	Evet	83	27,7	11	3,7	P=0,823 z =0,224
	Hayır	180	60,0	26	8,7	
Öğrenim durumu	Sağlık meslek lisesi	55	18,3	12	4,0	P=0,349 x <sup>2</sup> =0,876
	Ön lisans	96	32,0	11	3,7	
	Lisans	106	35,3	12	4,0	
	Lisansüstü	6	2,0	2	0,7	
Çalıştıkları klinik	İç hastalıkları	153	51,0	26	8,7	P=0,351 x <sup>2</sup> =0,869
	Cerrahi	84	28,0	5	1,6	
	Acil	26	8,7	6	2,0	
Mezuniyet süresi	0-6 yıl	117	39,0	20	6,7	P=0,560 x <sup>2</sup> =0,340
	7-12 yıl	76	25,3	5	1,7	
	13-18 yıl	50	16,7	11	3,7	
	19-24 yıl	20	6,7	1	0,3	
Hemşire olarak çalışma süresi	1-10 yıl	148	49,3	19	6,3	P=0,788 x <sup>2</sup> =0,072
	11-20 yıl	95	31,7	17	5,7	
	21-30 yıl	20	6,7	1	0,3	
Hastanedeki görev süresi	0-6 yıl	225	75,0	32	10,7	P=0,874 x <sup>2</sup> =0,025
	7-12 yıl	30	10,0	4	1,3	
	13-18 yıl	6	2,0	1	0,3	
	19-24 yıl	2	0,7	0	0	
Bakım verdikleri hasta sayısı	0-15 hasta	114	38,0	17	5,7	p=0,981 x <sup>2</sup> =0,001
	16-45 hasta	118	39,3	14	4,7	
	46 ve üzeri hasta	31	10,3	6	2,0	
Ağrı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	169	56,3	13	4,3	<b>p=0,001</b> <b>z=3,390</b>
	Hayır	94	31,3	24	8,0	
Ağrı deneyimi	Evet	233	77,7	30	10	p=0,194 z=1,299
	Hayır	30	10	7	2,3	
Toplam		263	87,7	37	12,3	

## 4.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerine ve Ağırlı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

Tablo 6'da görüldüğü gibi hemşirelerin duygusal tükenme alt ölçeğinin ortalamasının  $17,3 \pm 7,09$  olduğu, hemşirelerin kişisel başarı alt ölçeğinin ortalamasının  $21,0 \pm 3,40$  olduğu ve hemşirelerin duyarsızlaşma alt ölçeğinin ortalamasının  $4,2 \pm 3,77$  olduğu saptanmıştır.

**Tablo:6 Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

<b>MTÖ Alt Boyutları</b>	<b>n</b>	<b>Mean(<math>\bar{X}</math>)</b>	<b>Std. Deviation (ss)</b>	<b>Minimum Maximum</b>
<b>Duygusal tükenme</b>	300	17,3	7,09	(0-36)
<b>Kişisel başarı</b>	300	21,0	3,40	(12-32)
<b>Duyarsızlaşma</b>	300	4,2	3,77	(0-17)

Yaş, medeni durum, mezuniyet süresi, hemşirelik süresi ve bakım verilen hasta sayısı değişkenleri ile tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma boyutunda istatistiksel açıdan ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Cinsiyete göre kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçek boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Kadınların duygusal tükenme alt ölçek puanı erkelere göre daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $t=-2,335$   $p=0,020$ ) (Tablo:7).

Eğitim seviyesine göre kişisel başarı alt boyutunda istatistiksel açıdan fark saptanmazken ( $p>0.05$ ), duygusal tükenme alt ölçek boyutunda istatistiksel açıdan fark gözlenmiştir ( $F=3,343$   $p=0,020$ ). Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin duygusal tükenme alt ölçek puanı diğer hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile duyarsızlaşma alt ölçek boyutunun karşılaştırılmasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=13,648$   $p=0,003$ ). Duygusal tükenme alt ölçek boyutunda olduğu gibi burada da lisansüstü eğitim alan hemşirelerin puanı diğerlerine göre yüksek çıkmıştır (Tablo:7).

Hemşirelerin çocuk sayısı ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçek boyutlarında istatistiksel açıdan fark saptanmazken, duyarsızlaşma alt ölçek boyutunda istatistiksel fark bulunmuştur ( $z=2,229$   $p=0,026$ ). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin çocuk sahibi olanlara göre duyarsızlaşma puanı yüksek çıkmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanedeki görev süreleri ile kişisel başarı alt ölçeğinde istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ( $F=3,362$   $p=0,019$ ). Hastanede 19-24 yıldır çalışan hemşirelerin kişisel başarı puanı diğer hemşirelere göre düşük çıkmıştır. Hastanedeki görev süresi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek boyutlarında herhangi bir fark gözlenmemiştir (Tablo:7).

Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile kişisel başarı alt ölçeklerinde herhangi bir fark bulunmazken duygusal tükenme alt ölçeğinde istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ( $\chi^2=6,414$   $p=0,040$ ). Hemşirelerden acil serviste çalışanların duygusal tükenme alt boyutundan aldıkları puan iç hastalıkları ve cerrahi servislere çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tükenme alt ölçek boyutunda olduğu gibi acil serviste çalışan hemşirelerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı diğerlerinden yüksek çıkmış ve bu istatistiksel açıdan fark oluşturmuştur ( $\chi^2=6,329$   $p=0,042$ ) (Tablo 7).



**Tablo:7 Bazı Sosyodemografik Değişkenlerin Tükenmişlik Alt Ölçek Boyutlarıyla Olan İlişkinin İncelenmesi**

Sosyodemografik özellikler/n		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
		$\bar{X}/ss$	$\bar{X}/ss$	$\bar{X}/ss$
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	90	15,9±7,32	4,3±4,03	21,3±3,27
Kadın	210	18,0±6,91	4,1±3,66	20,8±3,45
Test value		<b>t=-2,335 p=0,020</b>	z=0,202 p=0,840	z=1,186 p=0,236
<b>Yaş</b>				
19-30 yaş	108	16,5±7,06	4,1±3,46	20,8±3,07
31-48 yaş	192	17,8±7,07	4,2±3,93	21,0±3,58
Test value		t=1,622 p=0,298	z=0,113 p=0,910	z=0,070 p=0,944
<b>Medeni durum</b>				
Evli	201	17,2±6,83	4,0±3,72	21,1±3,48
Bekâr	99	17,7±7,61	4,5±3,85	20,7±3,24
Test value		t=0,572 p=0,568	z=1,155 p=0,248	z=0,424 p=0,672
<b>Öğrenim durumu</b>				
SML	67	18,5±6,52	4,5±3,60	21,0±3,36
Ön lisans	107	18,2±7,08	4,8±4,17	20,8±3,27
Lisans	118	15,8±7,11	3,3±3,29	21,0±3,52
Lisansüstü	8	19,1±8,47	6,1±3,64	21,2±4,26
Test value		<b>F=3,343 p=0,020</b>	<b>x<sup>2</sup>=13,648 p=0,003</b>	x <sup>2</sup> =0,510 p=0,917
<b>Çocuk sayısı</b>				
Yok	116	17,8±7,46	4,7±3,78	20,6±3,16
1-2	184	17,1±6,85	3,8±3,73	21,2±3,53
Test value		z=0,670 p=0,503	<b>z=2,229 p=0,026</b>	z=1,333 p=0,183
<b>Mezuniyet süresi</b>				
0-6 yıl	137	16,8±7,08	4,1±3,67	20,8±3,12
7-12 yıl	81	17,4±7,03	3,9±3,81	21,1±3,01
13-18 yıl	61	18,3±7,18	5,0±4,00	20,8±3,81
19-24 yıl	21	18,1±7,22	3,9±3,41	22,1±5,03
Test value		F=0,737 p=0,531	x <sup>2</sup> =3,974 p=0,264	x <sup>2</sup> =1,701 p=0,637
<b>Hemşirelik süresi</b>				
1-10 yıl	167	17,0±6,91	4,3±3,83	20,9±3,01
11-20 yıl	112	17,8±7,17	4,0±3,77	20,8±3,59
21-30 yıl	21	17,4±8,21	4,3±3,33	22,6±4,82
Test value		F=0,471 p=0,625	x <sup>2</sup> =0,997 p=0,607	x <sup>2</sup> =1,306 p=0,520
<b>Görev süresi</b>				
0-6 yıl	257	17,2±7,22	4,1±3,72	20,8±3,41
7-12 yıl	34	18,5±6,33	5,2±4,19	22,3±3,05
13-18 yıl	7	15,8±3,23	2,7±2,49	22,7±3,03
19-24 yıl	2	14,5±14,84	8,0±0,00	17,5±3,53
Test value		F=0,558 p=0,643	x <sup>2</sup> =5,537 p=0,136	<b>F=3,362 p=0,019</b>
<b>Çalıştıkları klinik</b>				
İç hastalıkları	179	17,5±6,81	4,10±3,48	20,9±3,51
Cerrahi	89	16,2±7,53	3,95±4,06	20,9±3,15
Acil	32	19,6±6,95	5,7±4,26	21,5±3,50
Test value		<b>x<sup>2</sup>=6,414 p=0,040</b>	<b>x<sup>2</sup>=6,329 p=0,042</b>	x <sup>2</sup> =1,167 p=0,558
<b>Bakım verilen hasta sayısı</b>				
0-15hasta	131	17,4±6,97	4,5±3,85	20,9±3,31
16-45 hasta	132	17,1±7,07	3,7±3,41	20,7±3,56
46ve üzeri	37	17,7±7,71	5,1±4,42	21,9±3,04
Test value		F=0,141 p=0,869	x <sup>2</sup> =4,114 p=0,128	x <sup>2</sup> =3,245 p=0,197

Ağrıyı değerlendirmeye ve ağrılı hastayla karşılaşma sıklığına göre, duygusal alt ölçek puanı, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçek boyutlarında istatiksels açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Ağrı ile ilgili eğitim alma durumuna göre, duygusal alt ölçek puanında istatiksels açıdan anlamlı fark saptanmamışken ( $p > 0.05$ ), kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçek boyutlarında istatiksels açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $z = 2,037$   $p = 0,042$ ,  $z = 2,051$   $p = 0,040$ ) Ağrıyla ilgili eğitim alan hemşirelerin kişisel başarı puanı daha yüksek bulunurken, eğitim almayan hemşirelerin duyarsızlaşma puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Ağrı deneyimi yaşamayan hemşirelerin duyarsızlaşma puanı yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve bu durum istatiksels açıdan fark oluşturmuştur ( $z = 2,398$   $p = 0,016$ ). Ağrı deneyimi ile kişisel başarı ve duygusal tükenme alt boyutları arasında istatiksels açıdan bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

Ağrı ile ilgili yayın takip etme durumuyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek boyutlarında herhangi bir istatiksels ilişki bulunmazken kişisel başarı alt ölçek boyutunda anlamlı derecede istatiksels fark bulunmuştur ( $z = 2,634$   $p = 0,008$ ). Bu fark yayın takip edenlerin kişisel başarı puanlarının takip etmeyenlere oranla yüksek bulunmasıyla alakalıdır (Tablo 8).

**Tablo: 8 Ağrı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklere Göre Hemşirelerin Tükenmişlik Alt Ölçek Boyut Ortalamalarının Dağılımı**

Ağrı ile ilgili tanıtıcı özellikler/n		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
		$\bar{X}$ /ss	$\bar{X}$ /ss	$\bar{X}$ /ss
Ağrıyı değerlendirme durumu				
Evet	287	17,3±7,09	4,2±3,77	20,9±3,39
Hayır	13	18,0±7,38	3,0±3,68	21,1±3,86
Test value		t=-0,320 p=0,749	z=1,437 p=0,151	z=0,126 p=0,899
Ağrıyla ilgili eğitim alma durumu				
Evet	182	16,8±6,67	3,8±3,68	21,2±3,26
Hayır	118	18,2±7,63	4,7±3,86	20,5±3,58
Test value		t=1,668 p=0,096	<b>z=2,051 p=0,040</b>	<b>z=2,037 p=0,042</b>
Ağrı ile ilgili deneyim olma durumu				
Evet	263	17,1±7,14	4,0±3,76	21,1±3,37
Hayır	37	18,9±6,62	5,4±3,64	20,2±3,57
Test value		t=1,434 p=0,153	<b>z=2,398 p=0,016</b>	z=1,625 p=0,104
Ağrı ile ilgili yayın takip etme durumu				
Evet	17	14,5±7,00	3,4±3,33	23,4±3,87
Hayır	283	17,5±7,07	4,2±3,79	20,8±3,32
Test value		z=1,367 p=0,172	z=0,719 p=0,472	<b>z=2,634 p=0,008</b>
Ağrılı hasta ile karşılaşma sıklığı				
Hiç	1	20,0	8,0	25,0
Bazen	39	18,1±6,43	4,3±3,69	21,5±3,91
Sıklıkla	187	17,0±6,61	4,0±3,45	20,7±3,20
Her zaman	73	17,7±8,54	4,5±4,54	21,4±3,58
Test value		F=0,394 p=0,757	x <sup>2</sup> =1,361 p=0,715	x <sup>2</sup> =6,864 p=0,076

Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği ile sadece farmakolojik yöntem ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem seçme arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği ile sadece farmakolojik yöntem ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir ( $z=2,619$   $p=0,009$ ). Hem farmakolojik yöntem hem de nonfarmakolojik yöntem kullananların kişisel başarı puanı sadece farmakolojik yöntem kullananlara oranla daha fazla olarak bulunmuştur. Tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği ile sadece farmakolojik yöntem ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo: 9).

**Tablo: 9 Tükenmişlik Alt Ölçeklerinin Hemşirelerin Sadece Farmakolojik Yöntem ve Hem Farmakolojik Hem de Nonfarmakolojik Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı**

MTÖ Alt Boyutları	Sadece Farmakolojik Yöntem Kullananlar		Hem Farmakolojik Hem de Nonfarmakolojik Yöntem Kullananlar		Test value
	n	$\bar{X}/SS$	n	$\bar{X}/SS$	
Duygusal tükenme	37	19,0±7,86	263	17,1±6,96	Z=1,316 P=0,188
Kişisel başarı	37	19,6±3,44	263	21,1±3,36	<b>Z=2,619</b> <b>P=0,009</b>
Duyarsızlaşma	37	5,3±4,63	263	4,0±3,61	Z=1,388 P=0,165

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızın tartışma kısmı bulgular paralelinde iki bölüm olarak ele alınmıştır.

1. Birinci Bölümde Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin sonuçların tartışılmasına,

2. İkinci Bölümde Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Ağrılı Hastada kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki sonuçlarının tartışılmasına yer verilmiştir.

### **5.1. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Sonuçların Tartışılması**

Çalışmamızda ağrı tedavisinde önemli bir rol üstlenen hemşirelerin hastaların ağrı yaşama durumunu nerdeyse tamamı (%95,7) değerlendirmektedir. Demir ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmaya katılan hemşirelerin %84,5'inin ağrı yönetiminde hastaların ağrısını değerlendikleri bildirilmiş ve bu çalışmamızla paralellik göstermiştir. Sayın'ın (2010) yaptığı tez çalışmasında ise hemşirelerin yarıdan biraz fazla oranı ameliyat sonrası dönemde ağrı ile ilgili değerlendirme sonuçlarını kaydetmektedir. Bacaksız ve arkadaşlarının (2008) hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrının kontrolünde uyguladıkları girişimleri değerlendirdikleri bir çalışmada, hemşirelerin %54,3'ünün ağrı ile ilgili kayıt tuttuğu bildirilmektedir. Bu sonuç bize hemşirelerin ağrı yaşayan hastalara karşı duyarsız olamadıklarını, ağrıyı değerlendirdiklerini, ağrının tedavisi için ağrı yaşayan hasta ile iletişim içinde olduklarını ve ağrı sürecini takip ettiklerini düşündürmüştür.

Çalışmamızda, hemşirelerin hastaların ağrısını değerlendirirken kullandıkları yöntemler arasında çoğunun hastanın sözlü ifadesine başvurduğu görülmüştür. Aslan ve Badır'ın (2005) araştırmasında, hemşirelerin çoğunluğu hastanın sözel olarak ağrıyı söylemesine önem verdiklerini belirtmiştir. Çalışmamızda da hemşirelerin yarısından biraz fazlasının ağrıyı ölçmede hastanın davranışlarını takip ettiği görülmüştür. Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin ağrıyı değerlendirirken %47,4'ü hastanın davranışlarını takip ettiğini, %30,3'ü hastadan ağrı şiddetini tanımlamasını istediği bildirilmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin hastaların ağrısını değerlendirirken kendi takiplerini daha önemli görmeleri açısından Özer ve arkadaşlarının (2006) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar bize ağrıyı değerlendirmede en

kolay ve hızlı yol olarak hastasının ağrısının olup olmadığını sormanın olduğunu düşündürmüştür.

Ağrının değerlendirilmesinde bir ölçüm aracı kullanmak, hastanın bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince reel hale getirmekte, hasta, hemşire ve hekimler arasındaki yanlış anlamaları da yok etmektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Çalışmamızda ağrı skalası kullanım oranı düşük bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası hastanın ağrısını değerlendirmek için ağrı ölçeği kullanmayı tercih etmediklerini belirtmiştir. Abdalrahim ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun ağrıyı ölçmek için bir ağrı ölçeğini kullanmadıkları görülmüştür. Özer ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, hemşirelerin yarısından fazlasının, Ay ve Ecevit (2010) çalışmasında ise hemşirelerin %67,7'sinin ağrıyı değerlendirmek için ağrı skalasını kullanmadıkları görülmüştür. Bu sonuçlara genel olarak bakıldığında, ağrıyı değerlendirmede ağrı ölçeği kullanma oranının düşük seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla da benzerlik göstermiştir. Bu sonuç bize hemşirelerin ağrıyı değerlendirirken ağrı ölçeklerini kullanmak yerine daha çok hastanın sözel ifadesine başvurma sebepleri olarak yoğun çalışma şartları ve saatlerinden dolayı ölçek kullanmaya vakit ayıramadıklarını düşündürmüştür. Aynı zamanda çalışmanın yapıldığı tarihte ölçek kullanımı sağlık bakanlığı tarafından zorunlu hale getirilmediği için hemşirelerin ölçek kullanım oranının düşük bulunması normal olarak görülmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin yüksek oranda ağrı hakkında eğitim aldıkları, eğitim aldıklarını bildirenlerin çoğunun bu eğitimi mesleki eğitim olarak aldığı ve bu eğitimi alanların hepsinin aldıkları eğitimi çalışma hayatında kullandıkları görülmüştür. Akdağ (2008) çalışmasında, hemşirelerin % 81,5'inin ağrı ile ilgili eğitim görmediğini belirtmiştir. Tercan'ın (2015) yaptığı tez çalışmasında da hemşirelerin %58'inin ağrı kontrolü ile ilgili herhangi bir eğitime katılmadıkları belirtilmiş bu oranlar çalışmamızla zıtlık göstermiştir. Bu sonuç bize çalışmamıza katılan hemşirelerin gerek mesleki eğitimlerinde gerek hizmet içi eğitimlerinde ağrı konusuna daha fazla ilgi duyduklarını ve bu eğitimleri çalışma hayatlarında kullanmalarıyla hastaların ağrılarını göz ardı etmediklerini, önemsediklerini düşündürebilir.

Çalışmada hemşirelerin ağrı ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına bakıldığında yayın takip etme oranın çok düşük olduğu belirlenmiştir. Tercan'ın (2015) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı yönetimine ilişkin herhangi bir yayın takip etmeyi tercih etmedikleri belirtilmiştir. Akdağ (2008) ve Akbaş (2003) çalışmasında da hemşirelerin çoğunun ağrı ile ilgili yayın takip etmeyi tercih etmedikleri görülmüştür. Araştırma sonuçları, Akdağ, Akbaş ve Tercan'ın çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç bize hemşirelerin ağrı ile ilgili yayın takip etmeme nedenleri arasında yeterli vakitlerinin olmadığını,

kaynak bulmada zorlandıklarını ve aldıkları eğitimi yeterli gördüklerinin olabileceğini düşündürmüştür.

Günümüzde yapılan araştırmalarda (Afşar ve Pınar, 2003, Bell ve Duffy, 2009, Sayın, 2010) artık ağrıyla baş etmede sadece farmakolojik yöntemlerin değil, nonfarmakolojik yöntemlerin de tercih edilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Literatürdeki (Özbek, 2004, Özer vd., 2006, Uçan ve Ovayolu, 2007) incelemelerde hemşirelerin ve hastaların çoğunlukla farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri, buna karşın ağrıyla baş etmede etkili olan nonfarmakolojik yöntemleri de öğrenip uygulayabileceklerinin üstüne basılmaktadır. Yapılan çalışmalarla (Ay ve Ecevit, 2010, Kuru vd., 2011, Aygin ve Var, 2012) hemşirelerin ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılması için genellikle hekim tarafından istemi yapılan ağrı kesici ilaçları uyguladıkları belirtilmektedir. Karaçay ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırmada, travmanın şiddetli akut ağrıya sebep olmasına karşın, hastaların sadece %17,1'ine ağrı kesici ilaç uygulandığı belirtilmiştir. Ay ve Ecevit'in (2010) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin ağrı durumunda kullandıkları kontrol yöntemlerine bakıldığında, %77,2'sinin sadece hekim istemine göre tedavi uyguladıkları görülmüştür. Çalışmamızda da çalışmaya katılan hemşirelerin ağrıya yönelik girişim olarak tamamının farmakolojik yöntem kullandığı farmakolojik yöntemlerin yanında çoğunun da nonfarmakolojik yöntemleri kullandığı belirlenmiş olup bu durumun literatürdeki çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Bu durum bize hemşirelerin ağrıyla baş etmek için hepsinin farmakolojik yöntemleri seçme nedenleri olarak daha etkili bir yöntem olarak düşündüklerini, farmakolojik yöntemlere göre nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla uğraş ve zaman alması nedenli kullanılmadığını düşündürmektedir.

Özer ve arkadaşlarının yaptığı (2006) çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %52,5'i kliniklerde ağrılı hastalar için nonfarmakolojik bir yöntem isteminde bulunmadığını, % 17,4'ü ise soğuk uygulama isteminde bulunulduğunu ifade etmiştir. Bacaksız'ın (2007) yaptığı çalışmada ise %54,2 oranda nonfarmakolojik yöntemlerin order edildiği bildirilmiştir. Bu yöntemlerin %31'inin soğuk uygulama, %28'inin sıcak uygulama, %23'ünün ise fizyoterapi, %8,9'unun TENS (Transkutanöz Elektriksek Sinir Stimülasyonu), %0,5'inin diğer ilaç dışı girişimler (masaj) olduğu belirtildi. Çalışmamızda ise hemşirelerin kullandığı nonfarmakolojik yöntem olarak, dikkati başka yöne çekme, kas gevşetme, soğuk uygulama, sıcak uygulama, davranış terapisi, düşünme, masaj, müzik terapisi, bilişsel terapi, geribildirim ve diğer yöntemleri (pozisyon verme...) seçtikleri belirlenmiştir. Bu sonuç hemşirelerin farmakolojik yöntemlerin istenmeyen etkilerinden kaçınmak istemelerine ve ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemleri bağımsız rollerini yerine getirmek için bir araç olarak kullanıp bakım kalitesini arttırmak istemelerine bağlanabilir.

Literatür taramasında yapılan çalışmalar (On, 2006, Çöçelli vd., 2008, Çevik ve Zaybak, 2011) soğuk uygulamanın ağrı eşiğini yükselttiğini

göstermiştir. Ağrının nonfarmakolojik tedavisinde soğuk uygulamalar etkin bir yöntem olarak görülmektedir. Bu uygulamalarla ağrı eşiğinin yükseldiği, inflamasyon ve spazmın azaldığı görülmüştür. Ortopedik cerrahi işlemler sonrası ağrının kontrolünde etkin olarak kullanılan bu uygulamaların akut yumuşak doku yaralanmalarının tedavisinde de yaygın olarak kullanıldığı gösterilmiştir (On, 2006). Çalışmamızda da soğuk uygulama hemşirelerin en çok tercih ettiği nonfarmakolojik yöntemlerden biri olarak bulunmuştur. Akdağ'ın (2008) çalışmasında da soğuk uygulama yönteminin hemşireler tarafından seçilme oranı %31 olup çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Bu bize soğuk uygulama yönteminin çok tercih edilme sebebinin kolay uygulanabiliyor olması olduğunu ve hemşirelerin bu yöntemi ağrıyı gidermede daha etkili bir yöntem olarak gördüğünü düşündürmüştür.

Cilde uygulanan masaj sonrası ağrının azalabileceği yıllardan beri bilinmekle beraber masaj yönteminin mekanizması ancak son 2 yüzyıl içerisinde ortaya konmuştur. Ağrıyı oluşturan neden kasların kasılması ve gergin olmasıdır. Masajın psikosedatif etkisi ile kaslar gevşer. Masajın dolaşımı hızlandırması ve kas spazmını çözmesi ile hipoksi önlenir, böylece ağrı azalır. Ağrı algısının azalmasını ve ağrı eşiğini yükselten endorfinin salınımının artmasını sağlayan masaj, ağrı algısını düşürür. Uygulanan yüzeysel masaj ağrıyı azaltmada önemli bir etkiye sahiptir. Teoriye göre, mekanik uyarıların derinden verilmesi, ağrı impulslarını engeller ve endorfin salgısının artmasına neden olur (Akdağ, 2008, Nemli, Ceyhan & Başer, 2017) Karadağ ve Taşçı (2005) yaptıkları araştırmada, cerrahi servislerinde görev yapan hemşirelerin sadece %28,6'sının masaj yöntemini kullandıklarını belirtmiştir. Ay ve Ecevit'in (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının ağrıyı azaltmak için masaj yöntemini kullanmadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda ise ağrıya yönelik hemşirelik girişimlerinden masaj yöntemi çok düşük oranda bulunmuştur. Literatürden daha az oranda masaj uygulanması, hemşirelerin masaj konusunda eğitimlerinin olmamasına ve buna yeterli zaman ayıramamalarına bağlanabilir.

Araştırmamızda en çok tercih edilen yöntem olarak ise dikkati başka yöne çekme yöntemi bulunmuştur. Çalışmamız bu konuda Akdağ'ın (2008) çalışmasıyla benzerlik göstermiştir. Akdağ da çalışmasında dikkati başka yöne çekme metodunu kullananların oranını %59,3 olarak belirtmiştir. Bu yöntemin en çok tercih edilen yöntem olma nedeni hemşirelerin hastalar ile daha fazla zaman geçirmesi sebebiyle daha iyi bir iletişim içinde olduklarını böylece hastanın ağrısına değil de başka bir duruma odaklanmasını sağlayabilmelerine ve bu yöntemin en kolay uygulanabilir yöntem olmasına bağlanabilir.

Algısal ağrının azaltılmasında gevşeme tekniklerinin uygulanması, etkilidir (Topçu, 2008). Richards ve Hubbert'in çalışmasında, hemşirelerin ağrı kontrolünde dış uyaranları azaltma, gevşeme, humor (mizah), sıcak/soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, pozisyon değiştirme



gibi bağımsız girişimleri uyguladıklarını belirtmişlerdir (Yüksel, 2013). Ay ve Alpar'ın (2010) çalışmasında da hemşirelerin çok azının ağrı varlığında gevşeme tekniklerini öğrettikleri ve uygulattıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise gevşeme teknikleri nonfarmakolojik yöntemlerden en çok tercih edilen ikinci yöntem olarak bulunmuştur. Bu sonuç bu yöntemin en çok tercih edilen yöntemler arasında olma nedeni olarak kolay uygulanabilirliğini, hemşirelerin bu yöntemin ağrıyla baş etmede diğer yöntemlerden daha etkili olduğunu düşünmüş olabileceklerine bağlanabilir.

Yapılan pek çok araştırma (Uyar ve Korhan, 2011, Ambrose, Golightly, 2015, Çınar, Olgun, Duran & Arat, 2015) müziğin ağrı ve endişe üzerinde pozitif etkileri olduğunu ve aynı zamanda hasta veya sağlıklı bireylerin hayat kalitesini arttırdığını göstermiştir. Müzik, kalp hızını, vücut ısısını, kan basıncını ve solunum hızını düşürerek, hastanın dikkatini başka yöne çekilmesini sağlayarak özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini arttıran önemli bir araçtır (Uyar ve Korhan, 2011). Alparslan ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada da ağrı kontrolünde müziğin etkili olduğu bulunmuştur. Düşleme yöntemi duyuyu ve hayal gücünü kullanarak akılda bir görüntü oluşturma kaydıyla ağrı deneyiminin değiştirilmesini sağlar. Bu yöntem gevşeme sağlayarak duygusal durumu etkiler ve böylece ağrı geçişi ve algısı değişerek ve dikkatin dağılmasıyla ağrıyı hafifletmektedir (Kwekkeboom vd., 2003, Astin, 2004). Tracy'nin (2008), yaşlı hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımını arttırmak üzere eğitim yöntemini kullanarak gerçekleştirdiği pilot çalışmasında, müzik ve düşlemenin etkin kullanıldığını bildirmektedir. Araştırmamızda ise müzik dinletme ve düşleme yöntemini kullananların sayısı çok düşük oranda bulunmuştur. Bu bize hemşirelerin bu yöntemlerle ilgili bilgi sahibi olmadıklarını ve bunları uygulayacak zaman ve imkânlarının olmadığını düşündürmüştür.

Bicek (2004) hemşirelerin ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerine yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını incelediği bir çalışmada, %53,2 oranında pozisyon değişimini, Diby ve arkadaşlarının (2008) kardiyolojik ameliyatlardan sonra ağrı tedavisinin kalitesinin arttırılmasına yönelik yaptığı bir çalışmada, yatak istirahati ve uykunun ağrıyı azalttığını bildirmektedir. Büyükyılmaz'ın (2005) çalışmasında pozisyon değişikliğinin kullanımının %78,7 olduğu bildirilmektedir. Bizim araştırmamızda ise pozisyon değişikliği, uyku, eğitim verme gibi yöntemler diğer tedavi yöntemleri arasında gösterilmiş ve çok düşük oranda bulunmuştur. Bunun nedenin bu yöntemlerin şıklar arasında açıkça olmayıp "diğer" başlığı altında işaretlenebilmesine bağlı hemşirelerin belki de uygulayıp akıllarına gelmediği şeklinde yorumlanabilir.

Ağrı kontrolüyle ilgili daha önceki araştırmaların sonuçlarında da hekim ve hemşirelerin kolay uygulanabilmesi açısından ve etkisinin çabuk olması sebebiyle hastanın ağrısını gidermeye yönelik çoğunlukla

farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür (Karakaya, 2007, Büyükyılmaz ve Aşti, 2009, Ay ve Ecevit, 2010, ). Karakaya (2007) yaptığı bir araştırmada, sağlık personelinin yarısı opioid kullanımından kaçındıklarını ve opioid kullanmaktan kaçınma sebeplerinin en yüksek oranda (%49,1) bağımlılık korkusu olduğunu ifade etmiştir. Çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi bağımlılık korkusu opioid kullanımından kaçınmada ciddi bir etkidir. Çalışmamızda hemşirelerin farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kullanma nedenlerine bakıldığında ise; %37,7'si farmakolojik yöntemleri, %6,4'ü nonfarmakolojik yöntemleri daha etkili olduğu için, %68'i farmakolojik yöntemleri, %42,3'ü nonfarmakolojik yöntemleri bağımlı veya bağımsız rollerini kullanmak için, %5'i farmakolojik yöntemleri, %30,2'si nonfarmakolojik yöntemleri kolay uyguladığı ya da yan etkilerinden hastayı korumak için, %18,3'ü farmakolojik yöntemleri, %1,9'u nonfarmakolojik yöntemleri hastanın tercihi bu yönde olduğu için, %0,6'sı farmakolojik yöntemleri, %33,2'si nonfarmakolojik yöntemleri diğer sebeplerden dolayı tercih ettiklerini belirtmiştir.

Araştırmamızda hemşirelerin farmakolojik veya hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma durumlarının sosyodemografik ve ağrı ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasında sadece ağrı hakkında eğitim alan hemşirelerin almayanlara oranla farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemleri daha çok kullandıkları ve bu durumun istatistiksel açıdan bir fark oluşturduğu saptanmıştır. Bu durum ağrı hakkında eğitim alan hemşirelerin hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemler hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarından dolayı bu yöntemleri daha çok kullanmalarına bağlanabilir.

## **5.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki Sonuçlarının Tartışılması**

Sağlık alanını diğer iş sektörlerinden ayıran yoğun stres içinde olan hastalara ve yakınlarına hizmet verme güçlüğüdür. Bununla birlikte iş yükünün fazla olması, sağlık hizmetindeki yetersizlikler ve personelin azlığı da sağlık çalışanlarında düş kırıklığına ve gerginliğe neden olmaktadır (Günüşen ve Üstün, 2010). Yedi farklı sağlık meslek grubundan 7255 kişinin incelendiği bir araştırmada tükenmişlik düzeyinin en fazla olduğu meslek grubu hemşireler olarak bulunmuştur (Taycan vd., 2006).

Hemşirelerde birçok sebepten dolayı tükenmişlik sendromu yaşama riski çok yüksektir (Derin ve Demirel, 2012, Kantek ve Kabukçuoğlu, 2017). Bu bölümde, hemşirelerin yaşadığı tükenmişlik ve ağrıya yönelik uyguladıkları girişimler ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin sonucu bulunan veriler, ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin duygusal tükenme genel ortalaması  $17,3 \pm 7,09$ 'dur. Duyarsızlaşma genel ortalaması  $4,2 \pm 3,77$  ve kişisel başarı

genel ortalaması  $21,0 \pm 3,40$ 'dır (Tablo:6). Ölçeğin değerlendirilmesinde, duygusal tükenmişlik için 17-26 puan, duyarsızlaşma için 7-12 puan ve kişisel başarı için 32-38 puan arası orta düzey tükenmişlik olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda araştırmaya katılan hemşirelerin, duygusal tükenme alt alanından aldıkları puan orta düzeyde tükenmişlik, duyarsızlaşma için düşük düzeyde tükenmişlik ve kişisel başarı alt alanlardaki aldıkları puanlar da yüksek düzeyde tükenmişlik düzeylerinin olduğunu göstermektedir.

Altay ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada hemşirelerin duygusal tükenme genel ortalaması  $28,1 \pm 10,96$  olarak bulunmuştur. Tükenmişlik sendromu çerçevesinde bu ortalama değer yüksek düzeyde yer almaktadır. Duyarsızlaşma genel ortalaması  $7,2 \pm 6,21$  ve kişisel başarı için  $36,3 \pm 7,55$  olarak bulunmuştur. İlgili çalışmanın sonucunda bu değerler orta düzeyde tükenmişlik olarak kabul edilmiştir. Arifoğlu'nun (2000) yaptığı çalışmada Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti (KKTC) hastanelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarındaki puanları yüksek, kişisel başarıdaki puanları ise düşük çıkmıştır. Bu durum kişisel başarı puanı açısından çalışmamızla benzerdir.

Metin ve Özer'in (2005) çalışmasının sonuçlarında hemşirelerin genel olarak  $33,6 \pm 10,82$  puanla en fazla duygusal tükenme alanında tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Karadağ ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da devlet hastanesinde çalışan hemşirelerinde en fazla duygusal tükenmişlik alanında tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmalarla benzer olarak Haran ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında da hemşirelerin daha çok duygusal tükenme yaşadıkları görülmüştür (Yüksel, 2013). Çalışmamızda ise hemşirelerin en fazla kişisel başarı alt alanında yüksek tükenmişlik yaşarken, orta düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları görülmüştür.

Çalışmamızda genel olarak hemşirelerin ciddi bir tükenmişlik içinde olmadıkları görülmüştür. Duyarsızlaşmanın az olduğu, duygusal tükenmenin orta düzeyin en alt sınırında olduğu görülmektedir. Ancak kişisel başarı için tükenmişlik bakımından aynı şeyden bahsetmek güçtür. Bu özellikle çalışma koşulları ile bağdaştırılabilir. Sonuçta hemşireler kendilerini bitkin, duygusal olarak yıpranmış hissettiklerinden dolayı da kişisel başarıları düşme eğilimi gösterebilir.

Tükenmişlik sendromunda kadın ve erkekler birbirleriyle aynı deneyimi yaşarlar ama bir takım değişiklikler de olabilir. Duygusal tükenmeye kadınlar daha yatkın olup bunu erkeklerden daha fazla yaşayabilirler. Duyarsızlaşmaya ise yatkın olan erkelerdir ve birlikte çalıştıkları insanlara karşı daha duygularından uzak davranma eğiliminde olabilmektedirler. Kadınlar erkeklere göre duygusallığa daha yatkındırlar. Bu da duygusal tükenme riskini arttırabilir (Çam ve Engin, 2017). Çalışmamızda da cinsiyete göre kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçek

boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmezken, kadınların duygusal tükenme alt ölçek puanı erkelere göre daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $p=0,020$ ). Sonuçlar literatürde (Franca, Ferrari, 2012, Kılıç, İpekçi, Dokur & Kaya, 2015, Kantek ve Kabukçuoğlu, 2017) yer alan bilgileri destekler niteliktedir. Kadınların hem işte hem de evde çalışması nedeniyle iş yüklerinin artması ve tükenmişlik için daha riskli bir grup haline gelmesi beklenen bir durumdur (Altay, Gönener & Demirkıran, 2010). Kilfedder ve arkadaşları erkeklerde duyarsızlaşmanın daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Öner, 2011). Birtakım çalışmalarda da (Sayıl vd., 2006, Sinat, 2007, Süloğlu, 2009) cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Bu sonuç bazı araştırmacıların cinsiyet değişkeninin tükenmişlikte önemli bir etken olmadığını, araştırmalarda erkek ve kadınların tükenmişlik düzeyleri arasında çok az farklılık olduğunu ve bu farklılığın üzerinde önemli yorumlara gidilmemesi gerektiğini görüşünü destekler niteliktedir ( Sinat, 2007, Süloğlu,2009).

Yaş faktörünün tükenmişlik üzerinde etkisine bakıldığında, literatürdeki çalışmalar (Demir, 2004, Basım ve Şeşen 2006, Sayıl vd., 2006) ile mesleki deneyimle birlikte olarak yaş ve eğitim düzeyi yükseldikçe tükenmişliğin düştüğü ve tükenmişlik kavramının yorgunluk ya da yıpranmışlık gibi kavramlarla aynı anlama gelmediği belirtilmektedir. Ancak, yaş ve deneyimin artmasıyla tükenmişlik oranlarının da artabileceğini gösteren çalışmaları da görmek olasıdır (Aslan ve Bahadır, 2005, Barbara ve Henry, 2014). İnsanlar yaşının ilerlemesiyle daha tecrübeli, olgun ve tükenmişliğe daha dirençli biri haline gelmektedir (Sayıl vd., 2006, Çam ve Engin, 2017). Yine Aslan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada tükenmenin yüksek olduğu kişiler yaşının daha genç olan hemşireler olduğu bulunmuştur. Genç hemşireler mesleğe kurumsal ve hasta bakımı açısından gerçekçi olmayan hedeflerle başlayabilmekte (yüksek beklentilerle) ya da iş ve iş yerine ait olumlu çalışma ortamı düşüncelerinin yaklaşık bir yıl çalıştıktan sonra gerçeği gördüklerinde hayal kırıklığı yaşamalarına sebep olmakta, buna bağlı olarak da tükenmişlik (Öner,2011), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma (Al-Turki vd., 2010) veya sadece duyarsızlaşma (Kebapçı ve Akyolcu, 2011) yaşamaktadırlar. Yüksel'in (2013) çalışmasında da 25 yaş ve altında olan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmadan aldıkları puan ortalamalarının daha düşük, kişisel başarı alt alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Güven'in (2013) çalışmasında da duygusal tükenmede 20-29 yaş grubu hemşirelerde daha çok tükenmişlik saptanırken diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Brewer ve Shapard (2004) yaptıkları çalışmada genç yaşta ve deneyimi az olan çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamız da ise yapılan çeşitli çalışmalarda da (Sayıl vd., 2006, Metin ve Gök Özer, 2007, Günüşen ve Üstün, 2008, Akpınar ve Taş, 2011,) olduğu gibi tükenmişlik ile yaş grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmalar, tükenmişliğin aile sahibi olmakla artmak yerine engellenebilir olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Aile sahibi olmak, kişiye bir amaç, kararlılık ve var olma nedeni aşılır, yaşamı ve doğal olarak mesleki başarıyı olumlu yönde etkiler. Yine, batıda yapılan araştırmalar (Demir, 2004, Taycan vd., 2006, Çam ve Engin, 2017) bekârların evlilere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını göstermiştir. Ev ortamındaki ailevi destekten mahrum kalan çalışan bekâr kadın, evli çalışan hem cinsine göre mesleki başarıya daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bu da tükenmişlik riskini artırabilir. Maslach ve Jackson evli olan kişilerin kişiler arası ilişki kurabilme kapasitesinin, sorunlarla baş etme ve çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu durumun evliler için tükenmişliği azaltırken, bekâr kişilerin aile ortamından uzak olmaları ve yalnızlık yaşamaları nedeniyle daha tükenmiş olarak görülmelerinde bir etken olabileceğini, evli olanların sorumlulukların artmasının, stres ve iş yükünün iş hayatına yansımaları verimliliği azaltabileceğini ve başarıyı azaltabileceğini bildirmişlerdir (Şahin, Turan & Alparlan, 2006). Süloğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada da bekârların duygusal tükenme puanının yüksek olduğu rapor edilmiştir. Yüksel'in (2013) çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da hemşirelerin medeni durumlarıyla tükenmişlik düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Bekâr kişilerin aile ortamından uzak olmaları ve yalnızlık yaşamaları ile evli olanlarda sorumlulukların artması, stres ve iş yükünün iş hayatına yansımalarının benzer tükenmişlik belirtilerinin oluşturmuş olabileceği medeni durum ile tükenmişlik arasında bir fark bulunmamasının nedeni olarak söylenebilir.

Çocuğu olan hemşirelerin hem işte hem de evde çalışması, çocuklarının bakımlarını üstlenmesi nedeniyle iş yükleri artmakta ve tükenmişlik için daha riskli bir grup haline gelmesi beklenmektedir (Taycan vd., 2006). Maslach ve Jackson, çocuğu olan çalışanların çocuk sahibi olmayanlara göre çok daha az tükenmişlik sendromu ile karşılaşabileceklerini ortaya çıkarmıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Barutçu ve Serinkan'ın (2008) yaptığı bir çalışmada bir çocuğa sahip olan hemşirelerin daha fazla duyarsızlaşma; Kavlu ve Pınar'ın (2009) yaptıkları çalışmada ise çocuk sahibi olanların daha düşük duygusal tükenme puanına sahip oldukları bildirilmektedir. Güven'in (2013) çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt boyutlarına bakıldığında çocuğu olmayanlarda duyarsızlaşmanın istatistiksel olarak daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Bu durum çocuk sahibi olmayan hemşirelerin başkalarına karşı sorumluluk hissetmelerine bağlanabilir. Taycan ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırmada çocuğu olanların kişisel başarı puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Lasebikan ve Oyetunde ise (2012) yaptıkları çalışmada çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olmadığını rapor etmiştir.

Taycan ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada; cerrahi servislerde görev yapan hemşirelerin kişisel başarı puanları dâhili bölümlerde çalışanlara göre daha fazla seviyede olduğunu ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç cerrahi servislerde iç

hastalıkları bölümlerinden değişik olarak hem kronik ve bakımı zor hastaların azlığına hem de hastaların cerrahi işlem nedeni ile gelmeleri ve tekrarlı gelişmelerinin olmamasına ve iyileşme oranlarının yüksekliğine bağlanmaktadır. Acil servislerde ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerde, yoğun tempo ile çalıştıklarından ve yaşanan aşırı yorgunluğa maruz kalmaktan, bu durum sürekli olması halinde de, hemşirelerin iş doyumlarının azalması ve bunun tükenmişlikle sonuçlanması beklenir (Potter, 2006). Çalışmamızda da acil serviste çalışan hemşirelerin cerrahi ile iç hastalıkları birimlerinde çalışan hemşirelere kıyasla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da (Metin ve Özer, 2007, Poncet vd., 2007, Barutçu ve Serinkan, 2008, Al-Turki vd., 2010, Günüşen ve Üstün, 2010, Kebapçı ve Akyolcu, 2011, Raftopoulos, 2012) benzer olarak acil birimlerinde çalışan hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları rapor edilmiştir. Çalıştığı servis ile tükenmişlik arasındaki farklı sonuçların olmasının nedeni Raftopoulos'a göre (Raftopoulos, 2012) hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin bulunduğu birimdeki çalışma koşullarıyla, moral düzeyleriyle, görev tanımlarının açık ve anlaşılır olmasıyla alakalı olabilir. Bu çalışmada, acil servislerde görev yapan hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum bu birimde çalışanların iş yükünün fazla olmasına, çalışma saatlerinin uzun olmasına, kronik, ölümcül hastalar ile uğraşmalarına, iş stresine bağlanabilir.

Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin hayatta gerçekleştirmek istedikleri amaçlar ve beklentileri daha fazla olabilir, fazla idealist ve daha büyük amaçlara da sahip olabilirler (Çam ve Engin, 2017). Lisans mezunu hemşirelerin beklentilerinin fazla olduğu, beklentilerinin gerçekleşmemesi sonucu daha fazla hayal kırıklığı yaşamaları, daha fazla yıpranmaları dolayısıyla daha fazla tükenmişlik yaşamaları beklenebilir (Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Yüksel'in (2013) çalışmasında da ön lisans mezunu hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt boyutundan ortalamaları diğerlerinden düşük; kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları ise lise ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksektir. Kaya ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin mesleki eğitim durumunun duygusal tükenme bileşenini istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ve eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelerin daha çok duygusal tükenme yaşadıkları rapor edilmiştir. Şentürk ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da mezun olunan okul açısından tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak belirgin bir fark olmamasına rağmen eğitim düzeyi arttıkça tükenmişlik puan ortalamalarının azaldığı göze çarpmaktadır. Çalışmamızda ise eğitim seviyesine göre kişisel başarı alt boyutunda istatistiksel açıdan fark saptanmazken ( $p>0.05$ ), duygusal tükenme alt ölçek boyutunda istatistiksel açıdan fark gözlenmiştir. Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin duygusal tükenme alt ölçek puanı diğer hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile duyarsızlaşma alt ölçek boyutunun karşılaştırılmasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Duygusal tükenme alt ölçek boyutunda olduğu gibi burada da lisansüstü

eğitim alan hemşirelerin puanı diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Bu sonuçta literatürle paralellik göstermiştir. Basım ve şeşen' in (2006) alışmasında ise bu çalışmanın aksine duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında yüksek lisans yapmış olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu görülmüştür.

Gün içinde bakım verilen hasta sayısı arttıķa, duygusal tükenme ve insanlara olumsuz yaklaşımın artma olasılığı yüksektir. alışan bu yükü hastayla daha az zaman geçirerek, daha az hizmet sağlayarak, gerekli takipleri yapmayarak azaltmaya çalışır. Bu durum da hastaların sorunlarına daha az çözüm bulunması ile sonuçlanır. Bu iş yükü yüzünden geri çekilmenin bir başka belirtisi de yetersiz yapılan iştir. Toleransı, memnuniyeti, yeterliliği ve yaratıcılığı azaltır (am ve Engin, 2017). Sinat'ın (2007) alışmasında ise hemşirelerin bakım verdikleri ortalama hasta sayısı 40 olmasına rağmen, tükenmişliğin düşük olması psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin sadece teknik olan bakım işlevlerini yerine getirmelerine, psikiyatri hemşiresinin asıl işlevlerini tam olarak uygulamadıklarına bağlanabilir. Çalışmamızda tükenmişlikle bakım verilen hasta sayısı arasında bir ilişki görülmemiştir. Bu sonuç kurumun tükenmişlik ile baş etme mekanizmalarının iyi olmasına bağlanabilir.

Çalışma yılının artmasıyla işyerindeki sorunlarla baş etme davranışlarının daha kolay gelişebileceği ve meslekte tükenmenin deneyimle paralel olarak azalabileceği beklenmektedir (Metin ve zer, 2007). Yüksel'in (2013) alışmasında toplam çalışma süresi 20 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik leğinin kişisel başarı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Demir'in (2004) yaptığı bir çalışmada, 14 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin kişisel başarı alt alanında puanların ise en yüksek olduğu, Altay ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada da yaş arttıķa kişisel başarının artacağı bildirilmektedir. Günüşen ve üstün'n (2008) yaptıkları bir çalışmada ise 5 yıl ve altında çalışanların kişisel başarı alt alanında puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise çalışma yılı ile tükenmişlik arasında bir ilişki görülmemiştir. Kennedy'nin (2005) yaptığı çalışmada da çalışma yılı faktörünün tükenmişliği etkilemediği görülmüştür. Bu durum kurumun tükenmişlik ile baş etme mekanizmalarının iyi olmasına bağlanabilir.

alışmamamızda hemşirelerin çalıştıkları hastanedeki görev süreleriyle tükenmişlik alt ölçek boyutlarıyla karşılaştırılmasında hastanede 19-24 yıldır çalışanların hastanede daha az süredir çalışanlara göre kişisel başarı puanları daha düşük bulunmuş ve bu durum istatistiksel açıdan fark oluşturmuştur. Bu durumun uzun süredir aynı hastanede çalışan hemşirelerin hastanenin çalışma koşullarına bağlı yorulmuş olabileceğine ve duygusal olarak yıpranmalarıyla kişisel başarılarının bununla doğru orantılı olarak azalmış olabileceğine bağlanabilir.

Hemşirelerin ağrıyı değerlendirme ve ağrılı hastayla karşılaşma durumlarıyla tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel açıdan bir ilişki çıkmamıştır. Ağrı ile ilgili eğitim alma durumuna göre ise duygusal alt ölçek puanına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamışken, kişisel başarı ve duyarsızlaşma boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir, eğitim alanların almayanlara oranla kişisel başarı genel ortalaması daha yüksekken, duyarsızlaşma genel ortalamaları eğitim alanların almayanlara oranla daha düşüktür. Ağrı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin ağrı hakkında bilgi sahibi olmaları nedeniyle ağrıyla baş etmede daha başarılı olmaları beklendiğinden kişisel başarı puanlarının yüksek çıkmış olması normal olarak görülmüştür. Ağrı ile ilgili eğitim almayan hemşirelerin ise yaşanan ağrı hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları onları duyarsızlaşmaya itmiş olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin ağrı deneyimi yaşama durumlarının tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarıyla karşılaştırılmasında sadece duyarsızlaşma alt boyutunda fark bulunmuştur. Bu farkı ağrı deneyimi yaşamayan hemşirelerin aldıkları yüksek duyarsızlaşma puanlarından kaynaklanmıştır. Bu durum hemşirelerin ağrılı hastada ağrıyla baş etmede ağrı deneyimi yaşamadıkları için hastalarla empati yapamamalarından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin ağrı ile ilgili yayın takip etme durumlarının tükenmişlik alt boyutlarıyla karşılaştırılmasında sadece kişisel başarı alt boyut puanları arasında fark bulunmuştur. Ağrı ile ilgili yayın takip eden hemşirelerin kişisel başarı puanları yayın takip etmeyenlere oranla yüksek çıkmıştır. Bu bize hemşirelerin ağrı hakkında yayın takip ederek bilgilerini güncelleştirmeleriyle kişisel başarılarını yükseltebileceğini göstermiştir.

Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçek puanı ile hemşirelerin sadece farmakolojik ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem seçme arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği ile sadece farmakolojik ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullananların kişisel başarı puanı sadece farmakolojik yöntem kullananlara oranla daha fazla olarak bulunmuştur. Tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği ile sadece farmakolojik yöntem ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntem kullanma arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 9). Her iki yöntemi birlikte kullanan hemşirelerin kişisel başarı puanlarının daha yüksek olmasının sebebinin uygulanan yöntemin hemşirenin hem bağımlı hem de bağımsız rollerini birlikte kullanabiliyor olması ile hastaların ağrıyı geçirmede bu iki yöntemin kullanılmasından dolayı daha memnun olmalarıyla hemşirelerin kendilerini daha başarılı hissetmiş olabileceğine bağlanabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptığımız araştırma, ağrı kontrolünde, hemşirelerin çalıştıkları kurum ya da eğitim seviyelerine bakılmaksızın tamamının bağımlı fonksiyonlarını kullanmayı tercih ettiklerini, aynı zamanda nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin hemşirelerin çoğu tarafından farmakolojik yöntemlerin yanında kullanıldığını göstermiştir. Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemlerden en çok dikkati başka yöne çekme yöntemini kullandıkları görülürken diğer yöntemleri düşük oranda tercih ettikleri görülmüştür. Bulgularımız hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine bakıldığında en yüksek kişisel başarı alanında tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Hemşireler duygusal tükenme alanında orta düzeyde tükenmişlik yaşarken, duyarsızlaşma alanında düşük düzeyde tükenmişlik yaşamaktadırlar. Hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemlerinin tükenmişlik alt boyutlarından sadece kişisel başarı alt boyutundan etkilendiği görülmüştür. Ağrıyla baş etmede sadece farmakolojik yöntemleri kullanan hemşirelerin kişisel başarı puanları düşük bulunurken, farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemleri de kullananların kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur. Kişisel başarı alanında yüksek tükenmişlik yaşayan hemşirelerin ağrıyla baş etmede sadece farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ağrı yönetiminde, hemşirelerin hasta bakım kalitesini arttırabilmek ve hemşirelerin bağımsız rollerinden olan nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanmasına yönelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi için, hemşirelere hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir.
- Hemşireler mesleki olarak tükenmişlik sendromuyla karşılaşabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerde tükenmişlik engellenmeli, tükenmişlik yaşanması halinde neden belirlenmelidir. Tükenmişlik yaşamayan hemşireler de; sağlıklı/hasta birey, ailesi, toplum ve sağlık ekibi üyeleri ile pozitif ilişkiler kurabilecek ve böylece bakım kalitesini de arttıracak ve hastaların yaşadığı ve beşinci yaşam bulgusu olan ağrıyı azaltmada ve geçirmede daha etkin bir rol oynayabilecektir. Bu yüzden tükenmişlik düzeyleri belirlenen hemşirelere düzeye uygun eğitim verilmesi önerilebilir.

- Hemşirelerin tükenmişlik yaşamaları, sadece kendilerini değil aynı zamanda hastalarını, çalışma arkadaşlarını ve aile yaşamlarını da negatif yönde etkileyebileceği için hemşirelerin kişisel başarılarını arttırabilmek, kendilerinin gelişimini ve motivasyonlarını arttırabilmek için; hizmet içi eğitimler yaygınlaştırılmalı, katılımların da yöneticiler tarafından desteklenmesinin sağlanması önerilebilir. Yöneticiler tarafından hemşirelerin tükenmişlik yaşamamaları için moral motivasyon etkinlikleri düzenlenip, ödül ve teşekkür mekanizmaları oluşturulabilir.



## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abdalrahim, MS., Majalı, SA., Bergbom, I. (2008). Documentation of Postoperative Pain by Nurses in Surgical Wards, *Acute Pain* 10: 73-81.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S. (2015). Determinants and Prevalence of Burnout in Emergency Nurses: A Systematic Review of 25 Years of Research, *International Journal of Nursing Studies*, 52(2): 649-661.
- Ambrose, K.R., Golightly, Y.M. (2015). Physical Exercise as Non pharmacological Treatment of Chronic Pain: Why and When, *Best Practice Research*, 29 (2): 120-130.
- Afşar F., Pınar, R. (2003). Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6: 19-28.
- Akansel, N., Çitak, G., Özdemir, A., Turgutlu, Z. (2012). Assesments of Burnout Levels Working Undergraduate Nursing Students in Turkey: Being a Full Time Employee And Student, *International Journal of Caring Scienes*, 5(3): 328-334.
- Akbaş, M. (2003). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Akbolat, M., Işık O. (2008). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2): 229-254.
- Akdağ, R. (2008). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve klinik karar verme durumlarının değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Akyüz, I. (2015). Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellik Açısından İncelenmesi, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3 (1): 21-34.
- Alparıslan, B., G., Babadağ, B., Özkaraman, A., Yıldız, P., Muşmul, A., Korkmaz, C. (2015). Effects of Music on Pain in Patients with Fibromyalgia, *Clin Rheumatol*, 35 (5): 1317-21.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, 15 (1): 10-16.
- Al-Turki, H., Al-Turki R., Al-Dardas, D., Al-Gazal, M., Al-Maghrabi, G., Al-Maghrabi, N., Ghareeb, B. (2010). Burnout Syndrome Among Multinational Nurses Working in Saudi Arabia, Ann Afr Med. 9 (4): 226-229.
- Ambrose, K.R., Golightly, Y.M. (2015). Physical Exercise Non-pharmacological Treatment of Chronic Pain: Why and When, Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 29:120-130.
- Arı, G., Bal, E. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi, Yönetim Ve Ekonomi Dergisi, 15 (1): 131-148.
- Aslan, EF. (2005). Akut Ağrı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2: 24-31.
- Aslan, F., Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları, Ağrı Dergisi, 17 (2): 44-51.
- Ay, F., Ecevit, Ş. (2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik uygulamaları, Ağrı, 22 (1): 21-29.
- Aygin, D., Var, G. (2012). Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları, Sakarya Medical Journal, 61-69.
- Babadağ, B., Alparslan, B., G., Güleç, S. (2017). Coping with the Pain of Elderly Pain Patients: Nursing Approach, Ağrı, 29 (2): 55-63.
- Bacaksız, B., Çoçelli, L., Ovayolu, N., Özgür, S. (2008). Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi, Ağrı Dergisi, 20: 326-336.
- Bacaksız, B. (2007). Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Badır, A., Eti Aslan, F. (2003). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çok Konuşulan, Az Sorgulanan Bir Konu: Ağrı, Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi, 7 (2): 100-8.

## **“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”**

- Balcioğlu, İ., Memetali, S., Rozant, R. (2008). Tükenmişlik Sendromu, *Dirim Tıp Gazetesi*, 83: 99-104.
- Barbara, J., Henry, MSN, APRN-BC. (2014). Nursing Burnout Interventions: What is Being Done, *Clinical Journal of Oncology Nursing Pittsburgh*, 18 (2).
- Barutçu, E., Serinkan, C. (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu Denizli’de Yapılan Bir Araştırma, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8 (2): 541-561.
- Bell, L., Duffy, A. (2009). Pain Assessment and Management in Surgical Nursing: A Literature Review, *Br J Nurs*, 18 (3): 153-15.
- Berker, E., Dinçer, N. (2005). Kronik Ağrı ve Rehabilitasyonu, *Ağrı Dergisi*, 17 (2): 10-16.
- Budak, G., Süregevil, O. (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, *DEÜ İBF Dergisi*, 20: 95-108.
- Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2): 84-93.
- Cimiotti, JP., Aiken, LH., Sloane, DM., Wu, ES. (2012). Nurse Staffing, Burnout, And Health, *Careeassociated Infection, American Journal of Infection Control*, 40: 486-490.
- Çalışkan, A., Ergun, Y.A. (2012). Examining Job Satisfaction Burnout and Reality Shock Among Newly Graduated Nurses, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 47: 1392-1397.
- Çam, O., Engin, E. (2017). Hemşirelerde Tükenmişlik, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10 (51): 501-507.
- Çevik, K., Zaybak, A. (2011). Açık Kalp Ameliyatı Sonrasında Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 54-59.
- Çınar, D., Olgun, N., Duran, S., Arat, S. (2016). Klasik Türk Müziğinin Ağrı ve Kaygı Düzeyine Etkisi: Girişimsel Kardiyolojide Randomize Kontrollü Bir Çalışma, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 8(2): 140-5.
- Çöçelli, L., Bacaksız, B., Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Demir, A. (2004). Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1).
- Demir, Y., Yıldırım, Y., İnce, Y., Türken, K., Akı, M. (2012). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi, Çağdaş Tıp Dergisi, 2 (3): 162-172.
- Derin, N., Demirel, E. (2012). Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Bağlılığı Zayıflatıcı Etkilerinin Malatya Merkezde Görev Yapan Hemşireler Üzerinde İncelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17: 509-530.
- Dihle, A., Bjølseth, G., Helseth, S. (2006). The Gap Between Saying and Doing in Postoperative Pain Management, J Clin Nurs, 15 (4): 469-79.
- Düzel, V., Aytaç, N., Öztunç, G. (2012). A Study On The Correlation Betweenenn The Nurses 'and Patients Postoperative Pain Assesments, Pain Manegement Nursing.
- Düzel, V. (2008). Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Edwards, C.L., Fillingim, R.B, Keefe, F.(2001). Race, Ethnicity and Pain, Pain, 94 (2): 133-7.
- Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları, klinik gelişim, 20: 7-17.
- Erdine, S. (2016). *Ağrının kitabı tüm ağrı türleri için korunma ve tedavi yöntemleri*, 2. Baskı, Hayy Kitap.
- Erdine, S., Hamzaoğlu, O., Özkan, Ö., Balta, E., Domaç, M. (2001). Türkiye'de Erişkinlerin Ağrı Prevalansı, Ağrı, 13 (2): 22-30.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erkal, S., Şahin, H. (2011). The Level of Burnout of Housekeeping Personel in Accomodation Facilities, International Journal of Human Sciences, 9 (2).
- Ersek, M., Poe, CM. (2003). Nursing Management of Pain. In Lewis SM., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P., Giddens, J & Bucher, L., (Eds.), Medical-Surgical Nursing: Assessment and Managemnt of Clinical Problems (6th Ed.) (131-159). St. Louis, M.O: C.V., Mosby.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Fillingham, R.B., King, C.D., Ribeiro-Dasilva, M.C., Rahim-Williams, B., Riley, J.L. (2009). 3rd. Sex, Gender and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings, *J Pain*, 10 (5): 447-85.
- Franca, F.de, Ferrari, R. (2012). Burnout Syndrome and The Socio Demographic Aspects of Nursing Professionals, *Acta Paul Enferm*, 25 (7): 743-748.
- Garcia, M., Lopez, JG., Fabregas, N., Meissner, W. (2017). Postoperative Pain Management in Spain Hospitals, *The Journal of Pain*, 18 (10): 1237-1252.
- Guiltermo, A., Canadas, de la Fleunente., Vargas, C., San luis, C., Garcia, I., Canadas, G., Emilia, I. (2015). Risk Factors and Prevalance of Burnout Syndrome in The Nursing Profession, *Internaional Journal of Nursing Studies*, 52: 240-249.
- Gül, A., Eti Aslan, F. (2012). Ağrı Kontrolüne Kanıt Temelli Yaklaşım; Masaj ve Aromaterapi, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 4 (1): 30-6.
- Güleç, G., Güleç, S. (2006). Ağrı ve Ağrı Davranışı, *Ağrı Dergisi*, 18 (4): 5-9.
- Günüşen, N., Üstün, B. (2010). Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3 (1): 40-51.
- Gürler, H. (2007). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ile ilgili görüşleri ve memnuniyet durumları, *Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas*.
- Güven, S. (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması, *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Kantek, F., Kabukçuoğlu, K. (2017). Burnout in Nurses: A Meta Analysis of Related, *Journal of Human Sciences*, 14.
- Karaçay, P., Eti, Aslan, F., Şelimen, D. (2006). Acil Travma Ünitelerinde Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Belirlenmesi, *Ağrı Dergisi*, 18 (1): 44-51.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Karadağı, S., Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 13-21.
- Karakaya, A. (2007). Sağlık personelinin opioid kullanımına yönelik tutumlarının belirlenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S., Uygur, E. (2010). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7 (1): 401-419.
- Kebapçı, A., Akyolcu, N. (2011). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11 (2): 59-67.
- Kılıç, M., İpekçi, N., Dokur, M., Kaya, S. (2015). Kilis Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi, 18(1): 1-8.
- Kılıç, M., Öztunç, G. (2012). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7: 35-51.
- Kılıç, T., Seymen, O. (2011). Analysis of The Factors Affcoting Burnout in The Health Sector, Journal of Management and Economics Research, 16: 47-67.
- Koçoğlu, D., Özdemir, L. (2011). Yetişkin Nüfusta Ağrı ve Ağrı İnançlarının Sosyo-demografik Ekonomik Özelliklerle İlişkisi, Ağrı, 23(2): 64-70.
- Kolettas, A., Lazaridis, G., Baka, J., Mpoukouinas, I., Karavasilis, V., Kioumis, I., Pitsious, G., Papawanncu, A., Lampaki, S., Karaurgou, A., Pataka, A., Machairiatis, N., Katosikogiannis, N., Mpakas, A., Tsakiridis, K., Fassiadis, N., Zarogoulidis, K., Zaragoulidis, P. (2015). Postoperative Pain Maagement, Journal of Thcracic Disease, 7 (1): 62-72.
- Kuru, T., Yeldan, İ., Zengin, A., Kostanoğlu, A., Tekeoğlu, A., Akbaba, Y., Tarakçı, D. (2011). Erişkinlerde Ağrı Ve Farklı Ağrı Tedavilerinin Prevelansı, Ağrı Dergisi, 23 (1): 22-27.
- Lasebikan, VO., Oyetunde, MO. (2012). Burnout Among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors,



## "KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"

International Scholarly Research Network ISRN Nursing, Article ID 402157, 6 pages.

Lautenbacher, S., Kunz, M., Strate, P., Nielsen, J., Arendt-Nielsen L. (2005). Age Effects on Pain Thresholds, Temporal Summation and Spatial Summation of Heat and Pressure Pain, *Pain*, 115 (3): 410-8.

Lovering, S. (2006). Cultural Attitudes and Beliefs About Pain, *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (4): 389-395.

Maslach, C., Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.

Mc Donald, H., Cole, F., Carus, C. & Leach, H.H. (2017). *Kronik Ağrı*, 1.Baskı. Türkiye: Kuraldışı Yayınları.

Metin, Ö., Özer, FG. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1): 58-66.

Naktiyok, A., Karabey, C. (2005). İşkoliklik ve Tükenmişlik Sendromu, *İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 19 (2): 179-198.

Nemli, A., Ceyhan, Ö., Başer, M. (2017). Meme Cerrahisi Sonrası Ağrı Yönetiminde Bir Öneri: El Masajı, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9 (4): 315-21.

On, Y.A. (2006). Ağrı Tedavisinde Soğuk Uygulamalar, *Ağrı*, 18: 5-14.

Öner, S. (2011). Psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

Özbek, H. (2004). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri, Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özer, N., Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 7-17.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Özer, S., Akyürek, B., Başbakkal, Z. (2006). Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi, Ağrı Dergisi, 18 (4): 36-43.
- Öztürk, H. (2013). Ağrının Tarihçesi Üzerine Bir Değerlendirme, Lokman Hekim Dergisi, 26-27.
- Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler, Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 83-91.
- Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E., Dokuz, H. (2018). Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum ve Uygulamaları, Journal of Contemporary Medicine, 8(1): 60-66.
- Özveren, H., Uçar, H. (2009). Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 59-72.
- Özyuvacı, E., Altan, A., Yücel, A. (2003). Postoperatif Ağrı Tedavisi, Sendrom, 15 (8): 83-92.
- Polikandrioti, M. (2009). Burnout Syndrome, Health Science Journal, 3 (4): 195-196.
- Potter, C. (2006). To What Extent Do Nurses and Physicians Working Within The Emergency Department Experience Burnout: A Review of Literature, Australasian Emergency Nursing Journal, 9: 57-64.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., Talias, M. (2012). The Factors Associated With The Burnout Syndrome And Fatigue İn Cypriot Nurses: A Census Report, BMC Public Health, 12: 457 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/457>
- Rajagopal, MR. (2006). Pain-basic Considerations, Indian J. Anaesth, 50: 331-334.
- Richards, J., Hubbert, A. (2007). Expert Nurses İn Caring For Patients With Postoperative Pain, Pain Management Nursing, 8 (1): 17-24.
- Robinson, ME., Gagnon, CM., Riley, JL. (2003). 3rd, Price DD. Altering Gender Role Expectations: Effects on Pain Tolerance, Pain Threshold, and Pain Ratings, J Pain, 4 (5): 284-8.
- Sarsılmaz, H., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. (2015). Evde Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (1).

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Sayı, I., Haran, S., Ölmez, Ş., Özgüven, H. (2006). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri, *Kriz Dergisi*, 5 (2): 71-77.
- Sayın, S. (2010). İstanbul ili üniversite ve devlet hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde çalışan servis hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sertel- Berk H.Ö. (2006). Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sinat, Ö. (2007). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., Shir, Y. (2005). Nurses' Assessment of Pain in Surgical Patients, *Journal of Advanced Nursing* 52 (2): 125-132.
- Sönmez, Z. (2006). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Stroud, M.W., Thorn, B.E., Jensen, M.P., Boothby, J.L. (2000). The Relation Between Pain Beliefs, Negative Thoughts, and Psychosocial Functioning in Chronic Pain Patients, *Pain*, 84 (2-3): 347-52.
- Süloğlu, A. (2009). Diyaliz merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Şahin, D., Turan, FN., Alparlan, N. (2006). Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Tükenmişlik Düzeyleri, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 16-21.
- Şahin, Ş. (2004). Ağrı ve Cinsiyet, *Ağrı*, 16 (2): 17-25.
- Şahin, Z., Temurlenk, H., Atay, D., Duman, A., Akan, D. (2003). Travmalı Hastalarda Kullanılan Hemşirelik Girişimleri, Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı, Ankara: Başkent Üniversitesi, 249-256.
- Şenturan, L., Karabacak, B., Alpar, Ş., Sabuncu, N. (2009). Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2 (2).

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Sharp, T.J. (2001). Chronic Pain: A Reformulation of the Cognitive-Behavioural Model, *Behav Res Ther*, 39 (7): 787-800.
- Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin, H., Özyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., Özışık-Kararman, H. (2009). Yaşlı Popülasyonunda Ağrı, *Geriatrici*, 12 (4): 190-7.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S ve Aydın, N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7: 100-108.
- Tercan, B. (2015). Hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumları, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Theofilou, P. (2012). Assessment of Job Stress and Burnout among Hemodialysis Nurses, *J Communit Med Health Edu*, 2 (1). <http://dx.doi.org/10.4172/jcmhe.1000e103>
- Topçu, Y. S. (2008). Üst Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi, Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Tüzüner, F. (ed.). (2010). *Anestezi Yoğun Bakım Ağrı*, Nobel Kitabevleri, Basım Sayı: 1.
- Uçan, Ö., Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (4): 123-133.
- Uyar, M., Korhan, A.E. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, *Ağrı*, 23: 139-46.
- Ünal, E. (2015). *Fizyoterapide Ağrı Yönetimi*, Pelikan Kitabevi.
- Valerie, P., Pharm, D. (2011). Pain Management in Patients With Substance-use Disorders, *PSAP-VII* 171-88.
- Vargas, C., Canadas, G.A., Aguayo, R., Fernandez, R., De la Fuente, E.I. (2014). Which Occupational Risk Factors Are Associated with Burnout in Nursing? A Meta- Analytic Study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1): 28-38.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

- Yava, A. (2004). Postoperatif ağrı tedavisinde hemşirelik uygulamalarının etkinliği, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yılmaz, E. (2016). Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve duygusal emek davranışı ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Yılmaz, M., Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri, Ağrı Dergisi, 23 (2): 71-79.
- Young, J.L., Horton, F.M., Davidhizar, R. (2006). Nursing Attitudes and Beliefs in Pain Assesment and Management, Journal of Advanced Nursing, 53(4): 412-21.
- Yu, H.Y., Tang, F.I., Kuo, B.I., Yu, S. (2006). Prevalence, Interference, and Risk Factors for Chronic Pain Among Taiwanese Community Older People, Pain Manag Nurs, 7 (1): 2-11.
- Yüceer, S. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin beşinci yaşam belirtisi olan ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yüksel, C. (2013). Hemşirelerde uyku kalitesi iş doyumunu ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Walsh, D.A., Radcliffe, J.C. (2002). Pain Beliefs and Perceived Physical Disability of Patients with Chronic Low Back Pain, Pain, 97 (1-2): 23-31.

## **EKLER DİZİNİ**

### **EK-1**

#### **Kişisel Veri Toplama Formu**

##### **BİRİNCİ BÖLÜM:**

**1-YAŞINIZ NEDİR?**

**2-CİNSİYETİNİZ NEDİR?**

**A)Erkek B)Kadın**

**3-MEDENİ DURUMUNUZ NEDİR?**

**A)Bekar B)Evli**

**4-ÇOCUK SAYINIZ NEDİR?**

**5-ÇALIŞTIĞINIZ KLİNİĞİN İSMİ NEDİR?**

**6-ÖĞRENİM DURUMUNUZ NEDİR?**

**A)Sağlık Meslek Lisesi  
B)Ön lisans  
C)Lisans  
D)Lisansüstü  
E)Diğer( )**

**7-NE KADAR SÜRE ÖNCE MEZUN OLDUNUZ?**

**8-NE KADAR SÜREDİR HEMŞİRELİK YAPIYORSUNUZ?**

**9-ŞU AN ÇALIŞTIĞINIZ KLİNİKTEKİ GÖREV SÜRENİZ NEDİR?**

**10-ÇALIŞMA ŞEKLİNİZ NEDİR?**

**A)Vardiyalı B)Nöbet C)Gündüz**

**11-GÜNDE KAÇ SAAT ÇALIŞIYORSUNUZ?**

**12-ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMDEKİ GÖREVİNİZ NEDİR?**

**A)Hemşire B)Sorumlu Hemşire**

**13-VARDİYANIZ SÜRESİNCE GENELLİKLE KAÇ HASTANIN BAKIMINDAN SORUMLUSUNUZ?**

**İKİNCİ BÖLÜM:**

**1-AĞRIYI DEĞERLENDİRİYOR MUSUNUZ?**

**A)Evet B)Hayır(4.soruya geçiniz.)**

**2-AĞRIYI NE KADAR SIKLIKLA DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?**

**3-HASTANIN AĞRISI OLDUĞUNU NASIL ANLARSINIZ?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- A)Ağrı değerlendirme skalalarını kullanırım.  
B)Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ifadelerini değerlendiririm.  
C)Bazı özel uygulamalardan sonra ağrı beklerim.  
D)Diğer(.....)**

**4-AĞRI KAVRAMI VE AĞRILI HASTANIN BAKIMINA İLİŞKİN HERHANGİ BİR EĞİTİM ALDINIZ MI?**

**A)Evet B)Hayır (7.soruya geçiniz.)**

**5- BU EĞİTİ NASIL ALDINIZ?**

- A)Hizmet içi eğitim kapsamında  
B)Mesleki eğitim kapsamında  
C)Diğer(.....)**

**6-ALMIŞ OLDUĞUNUZ EĞİTİMİ ÇALIŞMA ALANINDA KULLANIYOR MUSUNUZ? A)Evet B)Hayır**

**7-AĞRIYA İLİŞKİN BİR YAYIN TAKİP EDİYOR MUSUNUZ?**

**A)Evet B)Hayır**

**8-CEVABINIZ EVET İSE NE TÜR YAYINLARI TAKİP EDİYORSUNUZ?**

- A)Makale  
B)Basın yayın organları  
C)Diğer(.....)**

**9-CEVABINIZ HAYIR İSE NEDENLERİNİ İŞARETLEYİNİZ.**

**A)Kaynak yok**

- B) Türkçe yayın yok
- C) Zamanım yok
- D) Kendimi yeterli görüyorum
- E) Konuya ilgim yok
- F) Diğer(.....)

**10-HERHANGİ BİR AĞRI DENEYİMİNİZ VAR MI?**

- A) Evet
- B) Hayır

**11-ÇALIŞTIĞINIZ KLİNİKTE AĞRISI OLAN HASTA İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞINIZ NEDİR?**

- A) Hiç
- B) Bazen
- C) Sıklıkla
- D) Her zaman

**12-AĞRILI HASTAYA YÖNELİK HANGİ GİRİŞİMLERİ UYGULUYORSUNUZ?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- A) Farmakolojik yöntemleri
- B) Sıcak uygulama
- C) Soğuk uygulama
- D) Kas gevşemesi
- E) Hipnoz
- F) Düşleme
- G) Biyolojik geri bildirim
- H) Bilişsel terapi
- I) Meditasyon
- J) Davranış terapisi
- K) Masaj
- L) Akupunktur
- M) Müzik terapisi
- N) Dikkati başka yöne çekme
- O) Diğer(.....)

**13-AĞRIYA YÖNELİK GİRİŞİMLERDE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLERİ SEÇME NEDENİNİZ NEDİR?**

- A) Ağrıyı geçirmede daha etkili bir yöntem olduğunu düşünüyorum
- B) Doktor orderında yazmasından dolayı daha güvenli bir yol olduğunu düşünüyorum
- C) Uygulama olarak daha kolay olduğunu düşünüyorum
- D) Hastanın tercihinin bu yönde olduğunu düşünüyorum
- E) Diğer(.....)



**14-AĞRIYA YÖNELİK GİRİŞİMLERDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERİ SEÇME NEDENİNİZ NEDİR?**

- A)**Ağrıyı geçirmede daha etkili bir yöntem olduklarını düşünüyorum  
**B)**Hasta bakımında bağımlı rollerimin yanında bağımsız rollerimi de kullanmayı tercih ediyorum  
**C)**Hastayla iletişimimin artması sebebiyle ağrıyı geçirmede daha etkili olabileceklerini düşünüyorum  
**D)**Hastanın tercihinin bu yönde olacağını düşünüyorum  
**E)**Farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinden kaçınmak için bu yöntemleri kullanıyorum  
**F)**Diğer(.....)



## EK-2

### MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklediği durumu ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığını yanına yazarak belirtiniz.

#### Sıklık dereceleri:

- 0 Hiçbir zaman
- 1 Nadiren
- 2 Bazen
- 3 Çoğu zaman
- 4 Her zaman,

Örnek:.....3....Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.

SORU	HANGİ SIKLIKTA (0-4)	CÜMLELER
1		Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.
2		İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
3		Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.
4		Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.
5		Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.
6		Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.
7		Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.
8		İşimin beni tükettiğini hissediyorum.
9		İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.
10		Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara katılaştım.
11		Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.
12		Kendimi çok enerjik hissediyorum.
13		İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.
14		İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.

15		Bazı hastaların başına gelenler, gerçekten umurumda değil.
16		Doğrudan insanlarla çalışma bende çok fazla stres yaratıyor.
17		Hastalarıma rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.
18		Hastalarımla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.
19		Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.
20		Kendimi çok çaresiz hissediyorum.
21		İçimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.
22		Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.

## EK-3 Etik Kurul Karar Formu



### ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

**Prof. Dr. Selma METİNTAŞ**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Mahmut KEBAPÇI**  
(Başkan Yrd.)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Radyoloji Anabilim Dalı

**Ars.Gör.Nilüfer DEMİRSOY**  
(Raportör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Fizyoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hikmet BAŞMAK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Cengiz ÇETİN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. S. Sinan ÖZALP**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve  
Doğum Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Özkan ALATAŞ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embryoloji  
Anabilim Dalı

**Yrd.Doç. Dr. Meral GÜRBÜZ**  
Anadolu Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Alaattin ÇOBAN**  
Sarar Şirketler Grubu  
Halkla İlişkiler, Protokol Müdürü

**Varol Ümit ULUDAĞ**  
Eskişehir Yurt Müdürlüğü  
Müdür Yardımcısı

**Etik Kurul Sekreterliği**  
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/ 210  
Konu: Etik Kurul Kararı

26 Haziran 2013

**Sayın, Yrd.Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Tarafınızdan yürütülmekte olan “Ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri ile hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Prof. Dr. Selma METİNTAŞ**  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

KARAR FORMU

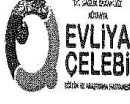
**Karar Tarihi:** 12 Haziran 2013

**Karar Sayısı:** 03

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Yrd.Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN tarafından yürütülen "*Ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri ile hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*" başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.

ASLI GİBİDİR

## EK-4 Hastane İzin Formu



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
D.P.Ü. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 87416368-784-

01/04/2013

Konu: Esra BİLEN'in Anket Çalışması

02420

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
ESKİŞEHİR

Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı öğrenci Esra BİLEN'in Hastanemizde anket çalışması yapması Kütahya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 11.03.2013 tarih 2398 sayılı yazısı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Ahmet BÜBER  
Hastane Yöneticisi

Ekler:  
Yazı sureti (1 sayfa)

## **EK- 5 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

### **ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Çalışmamız, 'Hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi' başlıklı bir bilimsel araştırma olup Dumlupınar üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Diyaliz, Enfeksiyon Servisi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Servisi, Nefroloji Servisi, Göğüs Hastalıkları Servisi, KBB, Üroloji, Göz Servisi, Nöroloji Servisi, Göğüs Yoğun Bakım Servisi, Nöroloji Yoğun Bakım Servisi, Cerrahi Yoğun Bakım Servisi, Ortopedi Servisi, Onkoloji Servisi, Kemoterapi Ünitesi, Genel Cerrahi Servisi, Beyin Cerrahi Servisi, Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Servisi, Dâhiliye Servisi, Endokrin-Gastroentoloji Servisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Kalp Damar Cerrahi Servisi, Kardiyoloji Servisi, Postop Servisi, KVC Yoğun Bakım Servisi, Genel Yoğun Bakım Servisi, Koroner Yoğun Bakım Servislerinde Esra BİLEN tarafından yürütülecektir.

#### **Araştırmanın amacı**

Ağrılı hastayla karşılaşma hemşirelerde stres yaratan bir faktördür. Tükenmişlik yaşayan hemşirelerin ağrılı hastaya yaklaşımında hastanın bireyselliğinin göz ardı edilip hastaya bir nesne gibi yaklaştığı düşünülebilir. Bu durumda hemşire; insan yerine sadece probleme odaklanma eğilimi gösterebilir. İnsanlar sorunlarıyla etiketlenmeye başlanabilir. Yardım alanın ihtiyaçları göz ardı edilir. Hasta ile göz kontağı kurulmaz sorulara ters cevap verilir beden kontağı azaltılır bu durum hastaların ağrılarını gidermede ilk olarak iletişim kurdukları hemşirelerle problemin doğmasına sebep olabilir. Ağrı tedavisinde sıkıntılar yaşanabilir.

Ağrıya yaklaşımda hastayla birebir iletişim içinde olan hemşirelerin ağrıyı gidermeye yönelik uyguladıkları hemşirelik girişimleri yaşadıkları tükenmişlik sendromuyla ilişkili olarak değişim gösterebilir. Bu nedenle hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları baş etme yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma Kütahya Dumlupınar üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrılı hastada kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

#### **Araştırmanın yapılacağı ve devam ettirileceği şartlar:**

Araştırma anket, ölçek uygulama yoluyla devam edecektir. Araştırma sırasında sizle ilgili herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 05449745201 numaralı telefondan Kütahya

Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Yoğun Bakım Servisinde çalışan Esra BİLEN'e ulaşabilirsiniz.

**Araştırmadan çekilme hakkı:** Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma grubuna dâhil edilmeme kriterlerine(Gebelik, doğum izni, hastalık, görevlendirme vb. nedenlerle izinli olanlar) sahip olmanız gibi durumlarda araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabılırsınız. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

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

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adres:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih ve İmza:



# ÖZGEÇMİŞ

## Bireysel Bilgiler

**Adı-Soyadı:** Esra Bilen

**Doğum tarihi ve yeri:** 10.01.1986 Eskişehir

**Uyruğu:** TC.

**Medeni durumu:** Bekâr

**İletişim adresleri :** [esrabilen26@hotmail.com](mailto:esrabilen26@hotmail.com)

## Eğitim Durumu:

1993-1997 100. Yıl İlköğretim Okulu

1998-2000 Atatürk İlköğretim Okulu

2001-2004 Yunus Emre Lisesi(YDA)

2004-2008 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

## Yabancı Dil: İngilizce

**Mesleki Deneyim:** 2009 – Dpü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Kurslar ve Eğitim Programları:** Dpü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım sertifika kursu