

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

**HASTAYA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AĞRI  
KONTROLÜNDE UYGULADIKLARI GİRİŞİMLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**BEHİYE DENİZ BACAKSIZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**  
**(İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı)**

**GAZIANTEP- 2007**

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

**HASTAYA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AĞRI  
KONTROLÜNDE UYGULADIKLARI GİRİŞİMLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**BEHİYE DENİZ BACAKSIZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**  
**(İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı)**

**Temmuz - 2007**

## TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Lütfiye PİRBUDAK ÇÖÇELLİ' ye, çalışmamın istatistiksel analizinde sabırla rehberlik eden Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Servet ÖZGÜR'e, yine istatistiksel analizimde yardımcı olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Reha ALPAR'a ve Araştırma Görevlisi Dr. Erdem KARABULT'a, üniversitedeki öğrencilik hayatım boyunca yardım ve desteğini benden esirgemeyen Sağlık Yüksekokulu Öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU'na,

Çalışmamın uygulanmasında bana yardımcı olan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi İdaresine ve Hemşirelerine,

Çalışmam süresince destek veren arkadaşlarım Çiğdem ONGUN DAŞDEMİR, Tuğba AY ve Duygu AYAR'a,

Hayata ilk gözlerimi açtığım andan itibaren hep yanımda olan, her türlü desteğini benden esirgemeyen babama ve anneme,

Her zaman yanımda olan canım kardeşlerime,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Behiye Deniz Bacaksız

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ- TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ağrının Tanımı.....	3
2.2. Ağrının Sınıflandırması.....	3
2.2.1. Ağrının Süresine Göre Sınıflandırma.....	3
2.2.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırma.....	3
2.2.3. Mekanizmasına Göre Sınıflandırma.....	4
2.2.4. Duyu Şekillerine Göre Sınıflandırma.....	4
2.3. Ağrının Algılaması.....	5
2.4. Uyarılma Aşamaları.....	6
2.5. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi.....	7
2.6. Ağrının Değerlendirilmesi.....	9
2.6.1. Tek Boyutlu Ağrı Skalaları .....	11
2.6.2. Çok Boyutlu Ağrı Skalaları.....	11

2.7. Ağrı Kontrolünde Kullanılan İlaçlar.....	11
2.8. Ağrı Gidermede Uygulanabilecek Uygulamalar.....	12
2.9. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	13
2.10. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Süreci.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Sınırlılıkları.....	19
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	19
3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	20
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	20
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	21
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.7. Süre ve Olanaklar.....	22
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Ağrıyı Azaltmak İçin Yapılan Girişimlerin İncelenmesi.....	45
5.2. Ağrıyı Azaltma Yöntemleri Ölçeği Alt Gruplarının İncelenmesi.....	49
5.3. Ağrıyı Azaltma Yöntemleri Ölçeği Toplam Puanının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	50

5.4. Ağrıyı Azaltma Yöntemleri Ölçeğinin Toplam Puanının Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalışma Koşullarına Göre İncelenmesi.....	50
5.5. Ağrıyı Azaltma Yöntemleri Ölçeği Alt Boyutlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi .....	51
5.6. Ağrıyı Azaltma Yöntemleri Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Koşullarına Göre İncelenmesi.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	71
8.1. Soru Kağıdı.....	71
8.2. Özgeçmiş.....	74

**HASTAYA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AĞRI  
KONTROLÜNDE UYGULADIKLARI GİRİŞİMLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BEHİYE DENİZ BACAĞSIZ

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

**Tez Yöneticisi:** Doç. Dr. Lütfiye PİRBUĞAK ÇÖÇELLİ

Temmuz - 2007, 74 sayfa

**ÖZET**

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ağrı kontrolündeki rolünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Şubat – Nisan 2007 tarihleri arasında hastanede çalışan tüm hemşireler örnekleme alındı. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ağrı azaltma yöntemleri anketi kullanıldı. Elde edilen niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (One- Way Anova testi) ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD kullanıldı; iki gruba göre değerlendirmelerde ise Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi), kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı.

Ağrıyı azaltma yöntemleri anketi toplam puanı değerlendirildiğinde, hemşirelerin % 34.7'si ağrı azaltma yöntemlerini çok iyi biliyor; % 57.8'i iyi biliyor ve % 7.5'i ise biliyor şeklinde tespit edildi.

Ağrıyı azaltma yöntemleri anketi alt gruplarını kapsayan sorular ve bu sorulardan aldıkları ortalama puanlara göre; bilgi yönetimi puanının en yüksek bulunduğu, bunu ağrıyı değerlendirmenin takip ettiği; en düşük puana sahip alt grubun ise fiziksel rahatlığın sağlanması puanı olduğu belirlendi. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, eğitim durumundan kaynaklanan farklılıkların azaltılması için eğitim durumu standartlaştırılması, hemşirelik okullarında ağrı ve ağrı kontrolü konularına daha çok önem verilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, ağrı kontrolü, ağrı kontrolünün değerlendirilmesi.



**THE EVALUATION OF IMPLATIONS FOR PAIN CONTROL DONE BY  
HEALTH STAFF CARING THE PATIENT**

BEHİYE DENİZ BACAĞSIZ

M. Sc. Thesis

Master of Science Programme on Internal Medicine Nursing

Department of Nursing

Institute of Health Sciences

Gaziantep University

**Supervisor:** Doc. Dr. Lütfiye PİRBUĞAK ÇÖÇELLİ

July – 2007, 74 pages

**ABSTRACT**

This research has been carried out in Sahinbey Research and Intervention Hospital in order to define the roles of nurses in postoperative pain controlling. All nurses working in the hospital during the dates between February- April, 2007 has taken part in the study. As data collecting tools, questionnaire prepared by the author and the pain lessening scale has been used. One-Way\_Anova Test has been applied for the comparison of quantitative data, and the parameters- among groups- that shows normal distribution: TUKEY HSD has been used to determine the group causing to differences ; as evaluating both group, T Test (Student T Test) is used for Independent Group, and Ki-Square Test is used to compare the quantitative data.

In the total score classification of the scale of methods to lessen the pain, %34.7 knows the methods to lessen the acute pain very well, % 57.8 knows well, %7,5 knows according to points nurses get from the tests.

On having a look through the questions including sub-groups of the scale of methods to lessen pain; the highest point belonging to the knowledge management is followed by pain evaluation, and maintaining the physical comfort is determined as the sub-group that has the lowest point.

**Keywords:** Pain, pain control, the evaluation of pain control

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1)</b> Araştırmada Görüşüne Başvurulan Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
<b>Tablo 2)</b> Araştırmada Görüşüne Başvurulan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	24
<b>Tablo 3)</b> Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltmak İçin Girişim Uygulama Durumuna Göre Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4)</b> Faktör analizi gösterim tablosu.....	26
<b>Tablo 5)</b> Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi İç Tutarlılıkları .....	27
<b>Tablo 6)</b> Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 7)</b> Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Grupları.....	29
<b>Tablo 8)</b> Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	31
<b>Tablo 9)</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 10)</b> Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirmesi.....	35
<b>Tablo 11)</b> Araştırmaya Katılanların Çalışma Durumlarına Göre Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	37
<b>Tablo 12)</b> Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	43

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1) Ağrının Derecelendirilebilmesi İçin Kullanılan Yüz İfadeleri.....	11
Şekil 2) Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....	29
Şekil 3) Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Gruplarında Puan Dağılımı .....	30
Şekil 4) Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	32
Şekil 5) Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı .....	32
Şekil 6) Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	36
Şekil 7) Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	36
Şekil 8) Araştırmaya Katılanların Çalışma Süresine Göre Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	41
Şekil 9) Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Servise Göre Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	41
Şekil 10) Araştırmaya Katılanların Günlük Çalışma Saatlerine Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	42
Şekil 11) Araştırmaya Katılanların Vardiya Süresince Bakımıyla Sorumlu Hasta Sayısına Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları ...	42
Şekil 12) Araştırmaya Katılanların Alınan Ağrı Eğitimini Çalışma Alanında Kullanım Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	44

## **KISALTMALAR LİSTESİ**

**IASP** : Uluslararası Araştırma Derneği

**VAS** : Görsel Analog Skala

**VDS** : Sözel Tanımlayıcı Skala

**NRS** : Sayısal Değerlendirme Skalaları

**FS** : Yüz İfadesi Skalası

**ATT** : Acil Tıp Teknisyeni

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı, her bireyin hayatı boyunca çok karşılaştığı subjektif bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP)´ne göre ağrının tanımı; vücudun her hangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duyu ve duygusal bir deneyim ve davranış şeklidir (1,11,22,30,57,58 ).

Ağrı çok boyutlu bir kavram olduğu için sınıflandırması da karmaşıktır. Ağrı; başladığı zamana göre, kaynaklandığı bölgeye göre, mekanizmasına göre ve duyu şekillerine göre sınıflanabilir.

Hastanın hastaneye yattığı dönemde, diğer parametrelerinde olduğu gibi ağrısı da hemşire tarafından izlenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir (1).

Hemşirelerin ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları standart ağrı kontrolü yöntemlerinin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır. Ağrı kontrolü başlangıcında birincil uygulayıcılar hekimler bile olsa hasta takibi sırasında ortaya çıkabilecek yan etki ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmiş hemşire ekibi bu uygulamaların daha sorunsuz ve başarılı olmasında önemli rol oynayacaktır.

Hastaların tedavi edilmeyen ağrı nedeni ile çektiği ızdırabı azaltmak, optimal ağrı tedavisinin postoperatif komplikasyonlar ve morbidite üzerine olumlu etkilerini ön plana çıkarmak, tedaviye bağlı komplikasyonları önlemek ve

tedavi etmek, bu konularda sağlık personeli, hasta ve tıp 6đrencilerine verilecek olan eğitimnin 6nemini açıklamaktadır (94,95,96,97).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Sağlık ekibi içinde hasta ile sürekli temas halinde olan hemşire, ağrı kontrolünde 6nemli bir yere sahiptir. Yapılan çalışmanın amacı hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının uyguladıkları girişimleri değerlendirmektir.

Bu amacı gerçekleştirebilmek için Gaziantep niversitesi şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarının ağrı kontrolündeki girişimleri incelenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ağrının tanımı

İngilizce’de ‘pain’, Latince’de ‘poenos’ ceza intikam sözcüğünden gelen ağrıyı, Mc Caffery (1990) hastanın söylediği şey olarak tanımlamıştır (2).

Sternbach ise ağrıyı soyut bir kavram olarak tanımlayıp, doku hasarının bir işareti, tehdit ve yaşanmış acıların kişisel bir deneyimi olarak tanımlar (3,23).

### 2.2. Ağrının sınıflandırması

#### 2.2.1. Ağrının süresine göre sınıflandırma:

a) **Akut ağrı:** Doku yaralanması sonucu başlayan ve doku iyileşmesi ya da neden ortadan kalkınca giderek azalan ağrıdır (1,3,30,58,59).

b) **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. Migren ağrısı. Ağrı giderme yöntemlerine cevap vermez hatta yaşam boyu sürebilir (1,19,31).

#### 2.2.2. Kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırma:

a) **Somatik ağrı:** Vücudun organlar dışında cilt, kas ve eklemlerini de içeren bütün bölgelerinde oluşan, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Aniden başlar; keskindir ve iyi lokalize edilir. Travma ve kırık ağrıları gibi (18,27).

b) **Visseral ağrı:** İç organlardan kaynaklanır. Künt ve iyi lokalize edilemeyen, genellikle yayılan bir ağrıdır. Pankreas ağrısının omuza, apandisit ağrısının karına yayılması gibi (1,3,18,27,47,77).

c) **Sempatik ağrı:** Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar aylar sonra başlar,



gittikçe şiddetini artırır. Deri hassas ve soğuktur. Sempatik ağruların önemli özelliklerinden birisi de yanma tarzında olmasıdır. Damar kökenli ağrılar, kozalji dediğimiz yanma şeklindeki ağrılar örnek verilebilir (1,18,27,46).

### **2.2.3. Mekanizmasına göre sınıflandırma:**

**a) Nöreseptif ağrı:** Fizyopatolojik olayların nöreseptörleri uyarmasına bağlı somatik ve visseral ağrılardır.

**b) Nöropatik ağrı:** Periferik veya santral sinir sisteminde travma veya metabolik bir hastalığın sonucunda oluşur. Ağrı batıcı, saplanıcı, aralıklı ve kısa sürelidir. Diyabetik nöropati gibi (12) .

**c) Deafferentasyon ağrısı:** Periferik veya santral sinir sisteminin yaralanması sonucunda somato sensoriyel uyarınların merkezi sinir sistemine iletimi kesilir. Bunun sonucunda deafferentasyon ağrısı ortaya çıkar. Travmatik parapleji, fantom ağrısı gibi.

**d) Reaktif ağrı:** Sürekli, künt, sızlayıcı ve derin ağrıdır. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı gibi (18).

**e) Psikosomatik ağrı:** Anksiyete, stres ve depresyon gibi psişik ve psikososyal sorunların arttırdığı veya bu şekilde ifade edilen ağrılardır (1,3,17).

### **2.2.4. Duyu şekillerine göre sınıflandırma:**

**a) Sızlama şeklinde ağrı**

**b) Yanıcı ağrı**

**c) Batıcı ağrı**

**d) Kolik şeklinde ağrı**

### 2.3. Ağrının algılanması

Ağrının algılanması periferdeki ağrı reseptörleri ile başlar. Ağrıyı algılayan reseptörlere nosireseptörler denir. Nörolojik reseptörler olan nosireseptörler, ağrılı ve ağrılı olmayan uyarıyı ayırt edebilir.

Bu reseptörler; deride, kan damarlarında, deri altı dokusunda, kaslarda, organlarda, periostta, eklemlerde ve fasyada bulunan serbest sinir uçlarıdır.

Stimulasyondan sonra periferik nosireseptörler olarak bilinen afferent yollar sinirsel impulsları santral sistemine getirir (5,22,28).

Periferik sinirler A (alt grupları: alfa, beta, gama ve delta ), B ve C olarak sınıflanmıştır. Bunlardan A ve B lifleri myelinli, C lifi myelinsizdir. Nosireseptörler, A-delta ve C liflerinin uçlarıdır ve nosiseptif bilgiyi spinal korda taşırlar (5,22,28,40,41).

Myelinli ince A-delta liflerinin uçları genellikle uyarıldıkları etkene göre mekanik ve termal nosireseptör adını alır. Bu liflerle iletilen ağrı keskin, iğneleyici, iyi lokalize edilen karakterdedir. Myelinli oldukları için ağrıyı hızlı iletirler. Bu hız 5- 30 m/sn kadardır (5,72).

C liflerinin ucu olan polimodal nosireseptörler şiddetli, mekanik, kimyasal, aşırı sıcak ve soğuk uyarılarıyla aktive olur, yavaş ileti hızı ile ( 0,5- 2 m/sn ), künt yaygın bir ağrı ve hiperstezi oluşturur (1,5,72).

C ve A-delta liflerinin uyarılması ile oluşan ağrının hissedildiği zaman, süresi ve yeniden hatırlanabilmesi ağrı hafızası olarak tanımlanabilir. Ağrı hafızası, medulla spinalisin arka boynuzunda yerleşik, duyuusal nöronlarda ve sinaptik aralıkta başlayarak singülat kortekse uzanan bir alanda yürütülen işlemler serisidir (13,31,65).

## 2.4. Uyarılma aşamaları

Ağrılı uyarın dört aşamada üst merkezlere doğru bir yol izler. Bu aşamalar aşağıdaki gibi sıralanabilir: **a.** Transdüksiyon **b.** Transmisyon **c.** Modülasyon **d.** Persepsiyon

**a.** Transdüksiyon, bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir. Örneğin her sıcak uyarın ağrılı değildir. Sıcak bir uyarının ağrılı hale geçebilmesi için belirli bir derecenin üzerine çıkması gerekir. Nosireseptörler normal bir ısıya karşı duyarsız kalırken ısının artışı ile duyarlı hale geçerler.

**b.** Transmisyon, nosireseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Bu iletimde miyelinli A-delta lifleri ve miyelinsiz C lifleri etkin rol üstlenirler. Miyelinli A-delta lifleri hızlı ileten, sensitizasyona açık, termal ve mekanik uyarınlarla uyarılan liflerdir. Miyelinsiz C lifleri ise polimodal bir özellik gösteren, her türlü uyarına karşı duyarlılık gösteren, yavaş ileten liflerdir. Diğer sinir lifleri de çeşitli biçimlerde ağrılı uyarının iletimine katılırlar (5).

**c.** Modülasyon başlıca omurilik seviyesinde oluşan bir olaydır. Geçmişte spinal kord sadece bir ara durak olarak kabul edilirdi. Ancak 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen kapı kontrol teorisi ile ağrılı uyarının omurilikte ciddi bir engel ile karşılaştığı ortaya çıkmaktadır. Ağrılı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir.

d. Omurilikten geçen uyarın çeşitli çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere doğru iletilir ve ağrının algılanması, persepsiyon gerçekleşir (18).

Kişinin tanımlayabileceği en hafif ağrı düzeyine ağrı eşiği denir. Ağrı eşiği kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişide zaman içinde de değişiklik gösterebilir. Psikolojik durum, kültürel farklılıklar, dini inanç, yorgunluk, ağrı hafızası, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan reaksiyonu, tepkileri ve ağrının şiddetini etkiler (31,64).

Ağrı eşiğini azaltan nedenler arasında; uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, korku, üzüntü, çaresizlik, depresyon, öfke, rahatsız edici bir ortamda bulunma, iş ve prestij kaybı, ailevi kaygılar, tedirginlik ve stres sayılabilir (26,42,43,44).

Ruhsal durumun iyi olması veya düzelmesi, yeterli uyku, dinlenme, anlayış, dışa dönük kişilik, gevşeme ise ağrı eşiğini arttıran nedenlerdir (8).

## **2.5. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi**

Ağrının geçirilemediği durumlarda, aşağıda belirtildiği gibi birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir.

- Pulmoner fonksiyonların postoperatif dönemde gerilemesi cerrahi insizyon yerinin diyafragma olan yakınlığı ile doğrudan orantılıdır. Bu nedenle özellikle batın ve toraksa uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin soluk alma ve öksürüğü kısıtlamakta, buna bağlı olarak da hipoksi, atelektazi, pnömoni ve diğer akciğer enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır. Ağrısı olan hastanın akciğerlerinin vital kapasitesi azalır (33,68,69,70).

- Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketimi artar. Oksijen tüketimindeki artış koroner arter ve

kapak hastalığı olanlarda iskemiye, akut kalp yetmezliğine ve miyokard infarktüsüne yol açabilir (1,30,55,56).

- Ağrının oluşturduğu stres ve sempatik aktivite sonucu endokrin sistemde glikoz dengesindeki bozukluklar, negatif nitrojen dengesi ortaya çıkmaktadır.

- Şiddetli ağrı, hastanın hareket etmesini engelleyerek venöz dönüşte azalmaya ve tromboembolik komplikasyonlara neden olmaktadır (74,76).

- Ağrısı olan hastada anksiyete oluşur. Anksiyete ise kas tonusunu arttırır. Artan kas tonusu ile kaslarda oksijen tüketimi fazlalaşır ve laktik asit üretimi artar, laktik asit birikimine bağlı kaslarda kramplar oluşabilir (76).

- Ağrıya yanıt olarak gelişen sempatik aktivasyondaki artış sonucunda sfinkter tonusunda artma olur. Bunun sonucunda üriner retansiyon görülür (34, 75,76).

- Organlardan ve somatik yapılardan kaynaklanan ağrılı uyaranlar bulantı ve kusmaya neden olur. Sempatik aktivasyonun artışı ile intestinal sekresyonda ve sfinkter tonusunda artma, düz kas tonusunda azalma olur. Bunun sonucu gastrik staz ya da paralitik ileus gelişebilir (1,34,75,76).

- Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu prolaktin, troid hormonları, beta endorfin ve antidiüretik hormonun (ADH) salgılanmasında artış olur. ADH böbreklerden sıvı atılmasına engel olarak sıvı retansiyonuna neden olur. Buna bağlı olarak kan basıncı yükselir (27, 45, 74).

- Cerrahi girişimler hastada ölüm korkusuna neden olur. Daha sonra bu korku yerini genel bir endişe ve postoperatif ağrı korkusuna bırakır. Artan korku ve anksiyete ağrı şiddetinin artmasına ve cerrahi girişim sonrası fazla opioid gereksinimine neden olur (10, 75, 82).

## 2.6. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrıyı algılama tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bu nedenle hastadan çok detaylı anamnez almak, hastayı devamlı gözlemek uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki değerlendirilmesi için yardımcı olacağı gibi sonraki değerlendirmeler içinde yol gösterici bir kaynak olacaktır (73,78).

Hastayı değerlendirirken her basamakta; fizik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler göz önüne alınmalı, bu faktörlerin karşılıklı etkileşime neden olarak ağrının düzeyine etkili olabilecekleri unutulmamalıdır (25,79).

Ağrılı hastanın değerlendirilmesi önce gözlemlerle başlar. Ağrıyı azaltıcı davranışlar, kullanılan ilaçlar, hastanın aktivitesindeki artış ve azalma, yatıp yatmadığı bunun yanı sıra yüz ifadesi, sinirlilik, inleme, iç çekme gibi sesle verilen bilgiler; duruşu, topallama ya da yürüyüş bozukluğu, etkilenen bölgeyi ovuşturma ya da destekleme, sık sık şekil değiştirme ya da aynı pozisyonda sürekli kalma gibi özelliklerine bakılması gerekir (18,21,79).

Ağrı değerlendirilmesi hastadan alınan bilgilere göre yapılmalıdır. Çünkü ağrıyı değerlendirirken amacımız, doğru ve etkin tedaviye ulaşmaktır.

**Genel öykü;** burada hastanın sosyo-demografik bilgileri, mevcut olan hastalığın öyküsü, kullandığı ilaçlar, ilaç alerjisinin olup olmadığı, geçmiş tıbbi öyküsü alınır. Hastanın geçmiş ağrı öyküsü, tedavileri ve etkileri de değerlendirilmelidir (21,23,75,78).

**Ağrı öyküsü;** ağrının başlangıcı, süresi, şiddeti, özellikleri, ağrıyı rahatlatan ve arttıran faktörler değerlendirilir (21,34,38,74,75,78).

**Klinik muayene;** ağrıya verilen yanıt gözlemlenir. Ağrının nabız, solunum, kan basıncına olan etkisi değerlendirilebilir.

İdeal bir akut ağrı değerlendirilmesi şu basamakları içerir:

1. Hasta ağrısını değerlendirmeye aktif olarak katılmalıdır.
2. Hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalıdır.
3. Hastanın ağrısı, hem dinlenme hem de hareket halinde değerlendirilmelidir.
4. Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon nedeni olarak ele alınmalı, dikkatlice bir anamnez alınmalıdır.
5. Kötü ya da yüksek ağrı skorlarında ağrı tedavisi tekrar gözden geçirilmelidir (4,25).

Ağrı tedavisinin düzenli olarak yazılı veya sözlü skalalar kullanarak değerlendirilip, kaydedilmesi ile “ ağrısı olduğunu söylemeyen hastanın ağrısı yoktur ” inancına engel olunur (75,78).

Yazılı kayıtlar, ağrının “görünür” olmasını sağlar ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilip, geliştirilmesine, belirli protokollerin oluşturulmasına yardım eder. Bu nedenle maksimum kabul edilebilir ağrı skorunun tanımlanması ve rutin olarak tedavi öncesi ve sonrasında ölçülerek kaydedilmesi gerekir (7,74,75,78,79).

Ağrı şiddeti tek boyutlu ve çok boyutlu skalalar kullanılarak değerlendirilebilir (34).

### 2.6.1. Tek Boyutlu Ağrı Skalaları

a) **Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale–VAS )** : Ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde kullanılır. Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetveldir (6).

b) **Sözel Tanımlayıcı Skala (Verbal Descriptor Scale– VDS )** : Ağrı değerlendirilmesinde hastanın ağrısını tanımlayan “ağrım yok, hafif, rahatsız edici, kötü, korkunç, dayanılmaz” ifadelerinden ağrısına uygun olanı seçmesi istenir.

c) **Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale– NRS)** : Skala ağrının yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10 ya da 100) düzeyine varır (4,6).

d) **Yüz İfadesi Skalası (Face Scale– FS )** : Hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir(4,6,78).



**Şekil 1:** Ağrının derecelendirilebilmesi için kullanılan yüz ifadeleri

### 2.6.2. Çok Boyutlu Ağrı Skalaları

Geniş kapsamlı hazırlanmış ağrıyı tanımlayıcı ifadelerin yer aldığı skalalardır. Hastanın sorulara cevap vermesi istenerek ağrı değerlendirilir (1,6).

### 2.7. Ağrı Kontrolünde Kullanılan İlaçlar

Analjezik ağrı giderme amacıyla kullanılan farmakolojik ajanlardır (30,60).



•Narkotik olmayan analjezikler: Aspirin, parasetamol, steroid olmayan anti-enflamatuarlar (23,28),

•Narkotikler: Orta ve şiddetli ağrılarda kullanılır. Hafif narkotikler kodein, de-monol, tolvin; orta derecedeki narkotikler güçlü narkotiklerde morfin, hidro morfin sayılabilir (18,75,81).

Narkotiklerin sık görülen yan etkileri: Uyku hali, konstipasyon, bulantı ve solunum depresyonudur (15,18,21,28,33,68,70,71).

## **2.8. Ağrı Gidermede/Azaltmada Uygulanabilecek Uygulamalar**

- ❖ Sık pozisyon değiştirmek,
- ❖ Masaj, sıcak, soğuk uygulama yapmak,
- ❖ Ilık banyo yapmak,
- ❖ Ağız bakımı vermek,
- ❖ Lavman, rektal tüp uygulamak,
- ❖ Yatak istirahati uygulamak,
- ❖ Havalı yatak kullanmak,
- ❖ Hastaya parlak ışık ve gürültüden uzak, rahat ve sakin bir ortam hazırlamak,
- ❖ Gevşeme tekniklerini öğretmek,
- ❖ Dikkati başka tarafa çekmek,
- ❖ Arzu ettiği kişilerle görüşmesini sağlamak,
- ❖ Hasta ile ağrıyı, nedenlerini ve diğer sorunlarını konuşmak, gerekli açıklamaları yapmak hastayı rahatlatma yaklaşımlarından biridir (8,23,80).

Geçmişte yaşanmış olan ağrıların, daha sonraki ağrı algılamalarını da etkilediği düşünülerek, ağrı zamanında ve etkin bir şekilde kesilmelidir (13,18).

Ağrı kontrolü sağlıkta yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Devam eden veya dindirilmeyen ağrı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir. Ağrı, anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının, hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle etkilediği ve azalttığı grlmektedir. Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir (14,48,55,56,62,63,74,79).

Akut ağrı patofizyolojisi ile ilgili bilgilerdeki artışa, yeni analjezik ajanlarının bulunması ve uygulama yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere karşın, cerrahi girişim geçiren hastaların çoğu yeterli tedavi edilmeyen ağrı deneyimini yaşamaya devam etmektedir (1,30,50,51,52,53,61,66).

### **2.10. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü**

Etik açıdan, insanı giderilebilecek bir ağrı ile bırakmak doğru değildir. Ağrı tedavisi, bir hasta hakkıdır. Ağrı çeken herkes, ağrısının giderilmesini hak etmektedir. Bu hak ise tüm dünyadaki insan haklarına saygıdan kaynaklanmaktadır (20).

Ağrıyı tamamen gidermek; kontrol altına almak mümkün olmayabilir. Ancak önemli olan ağrıyı hastanın kendisini rahat hissettiği sınırlarda azaltmaktır. Bu nedenle hemşirelere bu konuda büyük sorumluluklar düşmektedir.

Bireyin sağlığını korumayı, geliştirmeyi hedefleyen hemşireliğin amacı, iyiye, doğruya ve gúzele kısa sürede ulaşmak ve insanların gereksinimlerini karşılamaktır.

Hemşireliğin felsefesi hastayı koruma, savunma ve rahatlığa ulaşmasını sağlamadır. Ancak bu felsefeyi uygulayıp/uygulamadığımız tartışılır. Çünkü sağlık bilimlerinde ve tıbbi teknolojik cihazlardaki gelişmelere rağmen, bakımından sorumlu olduğumuz hastaların ağrı şikâyetleri halen devam etmektedir (30, 50, 51, 52, 53, 54).

Dolin ve arkadaşlarının 1973 ve 1999 yılları arasında postoperatif ağrı şiddeti ve tedavi yöntemlerine yanıtı ile ilgili yayınları değerlendirdikleri çalışmalarında; dinlenme halinde hastaların %26- 33 'ünün orta şiddetli ağrı, % 8-13'ünün şiddetli ağrı hissettiği ve 1973 yılından 1999 yılına kadar şiddetli ağrı hisseden hasta sayısının %1,9 oranında azaldığını bildirmişlerdir (1,37).

Hemşirelerin etkili ağrı kontrolü sağlayabilmeleri için ağrı kontrolüne etki eden faktörleri bilmeleri ve anlamaları gerekmektedir. Hemşirelerin sosyal ve kültürel geçmişleri hastanın ağrısını değerlendirme ve gidermede etkilidir (15).

Ağrı değerlendirmenin en kolay yolu hastaya ağrısı olup olmadığını sormaktır. Ancak cevabın evet veya hayır olması ağrıyı değerlendirmek için yeterli değerildir. Değerlendirmede ağrının yeri, şiddeti, sıklığı, süresi, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir (74,78).

Ağrının değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılarla veya kelimelerle tanımladığı ağrı şiddetini ve niteliğini objektif hale dönüştürüp, hasta ve hasta bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırır (73,78).

Ağrı kişiye özel olduğu için onu en doğru tanımlayacak olan kişi yine hastadır. Bunun için hastanın ağrısının yerini, şiddetini, sıklığını, süresini sorgulayan; hasta, hemşire ve hekim arasında farklı yorumlara neden olmayacak, her kullanımda doğru sonucu verecek, geğerliliği ve güvenilirliği yapılmış ağrı ölđerlerini kullanmak gerekir.

Ağrı tanılamada kullanılan, geçerlilik ve güvenilirliği saptanmış uluslar arası bazı ölđerler; “Sözel Kategori, Sayısal, Görsel Kıyaslama, Burford Ağrı Termometresi, Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Darmount Ağrı Soru Formu, West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili ve Davranış Modelleri” dir (2,34).

Hemşire hastaya ağrı bildirimini ve tedavi etkinliğini değerlendirirken, hastanın vereceği bilgilerin çok önemli olduğunu açıklamalídır.

Ağrı tedavisinde hemşirenin yapması gereken, tedaviye etkin olarak katılması, tedavi sonucunu izlemesi, farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerini kullanarak ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutarak gelişebilecek sorunları önleyebilmesidir.

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli yapan; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (30,48,50,53,73,83).

Ağrı kontrolünü g¼ncelleřtiren nedenler

- Ağrının yaşamı tehdit eden sorunlara neden olması
- Ağrının uykusuzluğa ve anksiyeteye neden olması
- Ağrının mortalite ve morbiditeye etki etmesi
- Hastanede kalış s¼resini uzatması
- Hasta bakım maliyetini arttırmaması
- Ağrı mekanizmasının anlaşılması/ bilinmesi
- G¼venli ve etkili ağrı kontrol y¼ntemlerinin bulunması
- Lojistik ve uygulamayla ilgili sorunların ç¼z¼m¼ için kolaylıkların

sağlanmasıdır (30,39,51,55,56,73).

## **2.11. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik S¼reci**

### **a) Tanılama ve Değerlendirme:**

Tanılamada hemşire, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç s¼resi, hastanın ağrısını ifade etme şekli, ağrıyı azaltan arttıran durumlar ve ağrının hasta ¼zerindeki etkilerine yer vermeli, s¼zs¼z ve otonomik ağrı yanıtlarını değerlendirmelidir.

### **b) Ağrı İle İlgili Hemşirelik Tanıları:**

Ağrı hastanın yaşamını etkilediği için birçok soruna da neden olabilir.

Bunlar;

- Anksiyete ve korku,
- Baş etme mekanizmalarının yetersizliği,
- Fiziksel hareketlerde azalma,
- Kendi kendine beslenememe,
- Halsizlik, boş zamanlarını değerlendirememe,

- Kendi günlük bakım ve hijyenini sağlayamama,
- Ağrının neden olduğu hareketsizliğe konstipasyon,
- Cinsel isteksizlik,
- Uyku bozukluğu,
- Sosyal izolasyon,
- Bilgi eksikliği,
- Düşünme sürecinde bozulmadır (80).

Hemşire hasta hakkında bilgi toplarken bu olası sorunlara karşı uyanık olmalıdır.

#### **c) Hemşirelik Bakım Planları:**

Hastalar çektikleri ağrı nedeniyle genellikle korku ve öfke duyarlar. Ağrı oluşturabilecek girişimler dikkatli, nazik yapılmalı ve sözel olarak hastanın rahatsızlığının kabul edildiği belirtilmelidir. Yapılacak işlemler hakkında hastaya yeterli bilgi verilmeli, hastanın soruları cevaplanmalıdır.

Hastanın bakım planını yaparken,

- Hasta bir bütün olarak ele alınmalı
- Hastanın korkuları tanımlanmalı, bunları gidermek için girişimler planlanmalı
- Hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliği giderilmeli
- Ağrının kaynağı bulunmalı ve ağrıyı azaltmak için masaj, sıcak-soğuk uygulama, uygun pozisyon verme gibi önlemler alınmalı
- Ağrının artmasına neden olan sebepler ( iştahsızlık, konstipasyon, dizüri gibi) için planlama yapılmalı

- Analjeziklerin yan etkileri azaltılmalı ya da giderilmeli
- Hastanın daha önceki ağrı deneyiminde ağrısını azaltan girişimler sorulmalı ve buna benzer bilgiler için hastanın kayıtları incelenmeli
- Hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalı
- Hasta, hasta yakınları ya da ekip üyelerinin yanlış inançları ve nedenleri saptanmalı, yanlış bilgiler düzeltilmeli, bu konuda eğitim verilmeli
- Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemleri de kullanılmalı
- Ağrının “yardım arayışı” nedeni olduğu unutulmamalıdır (73,78,83).

#### **d ) Değerlendirme:**

Ağrı giderme yöntemlerinin etkinliği değerlendirilmelidir. Bunun için ağrı tedavisinden önce ve sonra hastanın ağrısı ile ilgili bilgiler alınıp kayıt edilmelidir. Duyusal, davranışsal ve bilişsel yanıtları tedavi öncesi ve sonrasında kıyaslanmalı ve ağrının tedaviye cevabı konusunda son sözün hastaya ait olduğu unutulmamalıdır.

Eğer ağrı tedaviye cevap vermediyse, hastadan alınan veriler tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden planlama yapılmalıdır.

Sonuç olarak hemşirelik mesleğinin uygulayıcısı olan hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolüne etki eden faktörleri, toplumda görülme sıklığını, değerlendirmesini ve ağrı giderme yöntemlerini bilerek, ekibin aktif üyesi olarak çalışıp, hastayı rahatlatmak ve iyileşme sürecini hızlandırmaktır (34,78).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde uygulanmıştır.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde poliklinik, klinik, diyaliz ünitesi, merkezi sterilizasyon, merkezi laboratuvar, dahili ve cerrahi yoğun bakım hizmetleri verilmektedir.16 operasyon salonu ve toplam 40 yatak kapasiteli yoğun bakım ünitesi mevcuttur.

Ayrıca özel servis bloğunda 16 yatak kapasiteli yenidoğan yoğun bakım ünitesi vardır. Hastanede 340 personel, 300 hastaya bakım veren sağlık çalışanı vardır; 143 öğretim üyesi, 11 öğretim görevlisi, 250 araştırma görevlisi ile toplam 404 doktor mevcuttur. Hastanede ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenleri de hemşirelik görevini yerine getirmektedir.

2006 yılı ile 300 yatak kapasiteli klinik binasına ek olarak 160 suit oda ve yoğun bakım yatakları ile hastane toplam olarak 548 yatak kapasitesindedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Sınırlılıkları**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 12 Şubat – 1 Nisan 2007 tarihleri arasında hastanede hastaya bakım veren sağlık çalışanları oluşturmaktadır.



### **3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın verileri 12 Şubat -1 Nisan 2006 tarihleri arasında Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde toplanmıştır.

Anket formu, sözü edilen tarihler arasında çalışma saatlerine gelen sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Anket sorularını cevaplamayan 51 ve anketin ön uygulaması yapılan 50 sağlık çalışanı araştırma kapsamına alınmamıştır.

### **3.4. Verilerin toplanması**

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik değişkenler, çalışma saatleri ilgili soruları içeren ve ağrıyı azaltmak için uygulanacak girişimlerden oluşan anket formu hastanedeki sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

1- 4 Şubat 2007 tarihleri arasında 25 kişi üzerinde soruların ön uygulaması yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıp, ikinci kez farklı 25 kişiye ön uygulama yapıp, son düzeltmeler yapıldıktan sonra soru kâğıdının son hali oluşturulmuştur.

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

**Anket Formu:** Bireye ilişkin tanımlayıcı bilgileri ve ağrı azaltmak için uygulanan hemşirelik girişimlerini içermektedir.

Bireye ilişkin değişkenler, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, unvan, hangi serviste çalıştığı, çalışma saatleri, kaç hastanın bakımından sorumlu olduğu, ağrı ile ilgili eğitim alıp almadığını içermektedir.

Ağrıyı azaltmak için uygulanan hemşirelik girişimleri ise yapılma sıklığına göre hiç yapılmayan girişim:1, gerektiğinde yapılan: 2, bazen yapılan: 3, genellikle yapılan: 4, her zaman yapılan: 5 şeklinde puanlandırılmıştır.

### **3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Uygulamaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alınmış ve 12 Şubat – 1 Nisan 2006 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Sağlık çalışanlarından 25'er kişiye anket formunun iki defa ön uygulaması yapıldı, gerekli düzeltmelerden yapıldıktan sonra form, sağlık çalışanlarına dağıtıldı, gerekli açıklama yapıp cevaplanan anket formları toplandı.

### **3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**Bağımlı değişkenler:** Girişimlerin yapılma sıklığı, ağrıyı azaltma girişimleri anketi puan düzeyleri, ağrıyı azaltma girişimleri anketinin alt boyutları

**Bağımsız değişkenler:** Yaş, cinsiyet, meslek, kaç yıl çalıştığı, eğitim durumu, unvan, çalışılan servis, çalışma saati, genellikle çalışılan vardiya, bakılan hasta sayısı, ağrıyla ilgili eğitim alma durumu.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (One- Way Anova testi) ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD kullanıldı; iki gruba göre değerlendirmelerde ise Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Faktör analizi, çok sorulu olan anketi gruplandırarak, alt boyutlara indirgeyip, anketin daha anlaşılır olmasını sağlamak amacıyla uygulandı. Sorulan soruların kendi içlerindeki tutarlılığının güvenilir düzeyde olup olmadığını

göstermek içinde Cronbach alfa kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### 3.7. Süre ve Olanaklar

Çalışma 2005- 2006 yılı içinde planlanmış, 2007 Ocak ayında araştırma önerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve gerekli izin alınmıştır. Şubat- Nisan tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

## 4.BULGULAR

**Tablo 1:**Araştırmada Görüşüne Başvurulan Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	<b>16 -21 yaş</b>	28	14,1
	<b>22 -27 yaş</b>	137	68,8
	<b>28 -33 yaş</b>	30	15,1
	<b>34 yaş ve üzeri</b>	4	2,0
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	163	81,9
	<b>Erkek</b>	36	18,1
<b>Meslek</b>	<b>Hemşire</b>	138	69,3
	<b>Sağlık Memuru</b>	16	8,0
	<b>A.T.T.</b>	36	18,1
	<b>Ebe</b>	9	4,5
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sağlık Meslek Lisesi</b>	61	30,7
	<b>Ön Lisans</b>	26	13,1
	<b>Lisans</b>	109	54,8
	<b>Yüksek Lisans ve Üzeri</b>	3	1,5
<b>TOPLAM</b>		<b>199</b>	<b>100</b>

Tablo 1’de görüşüne başvurulanan bireylerin demografik özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Çalışma Şubat-Nisan 2007 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde, %81,9’u kadın; %18,1’i erkek birey üzerinde yapıldı. Bireylerin yaş dağılımlarına bakıldığında % 14,1’inin 16 -21; % 68,8’inin 22 -27; % 15,1’inin 28 -33 ve % 2’sinin ise 34 yaş ve üzeri olduğu belirlendi. Çalışmaya alınan bireylerin %69,3’ü hemşire, % 8’i sağlık memuru; %18,1’i A.T.T. ve % 4,5 ise ebelerden oluşmaktaydı.

Eğitim durumuna göre dağılımları değerlendirildiğinde; % 30,7’sinin sağlık meslek lisesi, % 13,1’inin ön lisans; % 54,8’inin lisans ve % 1,5’inin ise yüksek lisans ve üzeri eğitim aldığı tespit edildi.

Tablo 2’de ağrı konusunda görüşüne başvurulanan bireylerin çalışma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmada görüşüne başvurulanan bireylerin %31,7’si 1 yıldan az; %50,3’ü 2-5 yıl; % 12,1’i 6-9 yıl ve %6,0’ sı 10 yıldan fazla süredir hemşirelik mesleğinde çalıştığını bildirmiştir.

Bireylerin % 92,5’i servis hemşiresi; %6,5 sorumlu hemşire ve % 1’i öğrenci hemşiredir. Bu bireylerin % 36,7’si dahiliye servisinde; % 32,2’si genel cerrahi servisinde ve %31,2’si yoğun bakımda; % 91’i günde 8 saat; % 9’u ise 8 saatten fazla; % 12,6’sı gündüz; %6’sı akşamları; %4’ü geceleri ve % 77,4’ü dönüşümlü vardiya olarak çalışmaktaydı. Çalıştıkları süre içerisinde bireylerin % 22,1’i 1- 5; %20,1’i 6- 10; % 27,1’i 11- 15; % 13,1; 16- 20 ve %17,6 ’ sı da 21 ve üzerinde hastanın bakımından sorumlu olduğunu bildirmiştir.

Ağrının giderilmesine yönelik eğitim alan % 43,7; aldıkları eğitimi çalıştıkları alanda kullananlar ise % 88,5’tir.

**Tablo 2:** Araştırmada Görüşüne Başvurulan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma Süresi</b>	<b>1 yıl ve aşağısı</b>	63	31,7
	<b>2- 5 yıl</b>	100	50,3
	<b>6- 9 yıl</b>	24	12,1
	<b>10 yıl ve üzeri</b>	12	6,0
<b>Unvan</b>	<b>Servis hemşiresi</b>	184	92,5
	<b>Sorumlu hemşire</b>	13	6,5
	<b>Öğrenci hemşire</b>	2	1,0
<b>Çalıştığı Servis</b>	<b>Dahiliye</b>	73	36,7
	<b>Genel cerrahi</b>	64	32,2
	<b>Yoğun bakım</b>	62	31,2
<b>Günlük Çalışma Süresi</b>	<b>8 saat</b>	181	91,0
	<b>8 saat üzerinde</b>	18	9,0
<b>Çalıştığı Vardiya</b>	<b>Gündüz</b>	25	12,6
	<b>Akşam</b>	12	6,0
	<b>Gece</b>	8	4,0
	<b>Dönüşümlü vardiya (rotasyonlu olarak)</b>	154	77,4
<b>Vardiyanız Süresince Bakımından Sorumlu Olduğunuz Hasta Sayısı</b>	<b>1- 5 hasta</b>	44	22,1
	<b>6- 10 hasta</b>	40	20,1
	<b>11- 15 hasta</b>	54	27,1
	<b>16- 20 hasta</b>	26	13,1
	<b>21 hasta ve üzeri</b>	35	17,6
<b>Ağrının Giderilmesi İle İlgili Eğitim Durumu</b>	<b>Var</b>	87	43,7
	<b>Yok</b>	112	56,3
<b>Alınan Eğitimin Çalışma Alanınızda Kullanılma Durumu (n=87)</b>	<b>Kullanılıyor</b>	77	88,5
	<b>Kullanılmıyor</b>	10	11,5
<b>TOPLAM</b>		<b>199</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılanların ağrıyla azaltmak için girişim uygulama durumuna göre dağılımları Tablo 3’de gösterilmektedir.

**Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Ağrıyla Azaltmak İçin Girişim Uygulama Durumuna Göre Dağılımı**

	Hiçbir zaman n (%)	Gerektiğin de n (%)	Bazen n (%)	Genellikle n (%)	Her zaman n (%)	TOPLAM n (%)
1. Ağrının yerini tespit ederim	2 (%1,0)	13 (%6,5)	6 (%3,0)	64 (%32,2)	114 (%57,3)	199 (%100)
2. Ağrının sıklığını saptarım	2 (%1,0)	13 (%6,5)	24 (%12,1)	81 (%40,7)	79 (%39,7)	199 (%100)
3. Ağrının şiddetini ölçerim	4 (%2,0)	15 (%7,5)	22 (%11,1)	89 (%44,7)	69 (%34,7)	199 (%100)
4. Hastaya uygun pozisyon veririm	-	28 (%14,1)	28 (%14,1)	74 (%37,2)	69 (%34,7)	199 (%100)
5. Hastanın çevresini düzeltirim	3 (%1,5)	37 (%18,6)	44 (%22,1)	70 (%35,2)	45 (%22,6)	199 (%100)
6. Ağrı bölgesine sıcak/soğuk uygulama yaparım	8 (%4,0)	75 (%37,7)	31 (%15,6)	42 (%21,1)	43 (%21,6)	199 (%100)
7. Dolaşımı hızlandırmak, rahatlığı sağlamak, ağrıyı azaltmak için masaj yaparım	28 (%14,1)	75 (%37,7)	46 (%23,1)	26 (%13,1)	24 (%12,1)	199 (%100)
8. Çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmayı azaltırım	10 (%5,0)	39 (%19,6)	54 (%27,1)	50 (%25,1)	46 (%23,1)	199 (%100)
9. Tanısal yada tedavi edici işlem esnasında gerekli fiziksel desteği sağlamak, hasta tepkilerini gözlemlmek için order doğrultusunda sedatif uygulayarak sedasyon sağlarım	3 (%1,5)	36 (%18,1)	35 (%17,6)	65 (%32,7)	60 (%30,2)	199 (%100)
10. Ağrıyı azaltmak yada yok etmek için farmakolojik ajanları epidural-intratekal boşluğa epidural kateter aracılığıyla uygulayırım	89 (%44,7)	56 (%28,1)	25 (%12,6)	15 (%7,5)	14 (%7,0)	199 (%100)
11. Oral yolla alınan ilaçları hazırlayıp veririm ve hastanın verdiği cevabı izlerim	2 (%1,0)	26 (%13,1)	20 (%10,1)	60 (%30,2)	91 (%45,7)	199 (%100)
12. Parenteral (İntradermal, intramüsküler, intravenöz) yol izleyerek ilaçları hazırlayıp veririm	-	33 (%16,6)	12 (%6,0)	49 (%24,6)	105 (%52,8)	199 (%100)
13. Topikal (mukoz membranlara ve cilde) uygulanacak olan ilaçları hazırlayıp ve uygulayırım	17 (%8,5)	55 (%27,6)	29 (%14,6)	39 (%19,6)	59 (%29,6)	199 (%100)
14. Hasta kontrollü analjezi tedavisini düzenler ve yönetimini kolaylaştırırım (ör: tedavi çizelgesi hazırlamak vb.)	17 (%8,5)	36 (%18,1)	43 (%21,6)	57 (%28,6)	46 (%23,1)	199 (%100)
15. Hastaya ilacın kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi veririm	1 (%0,5)	20 (%10,1)	17 (%8,5)	54 (%27,1)	107 (%53,8)	199 (%100)
16. Hastayla ilgili verileri toplar, klinik kayıtları tutarım	4 (%2,0)	29 (%14,6)	16 (%8,0)	42 (%21,1)	108 (%54,3)	199 (%100)
17. Orderda olan bilgilerin, hemşirenin yaptığı hasta bakım planına ve dökümantasyon sistemine transferini sağlarım	2 (%1,0)	17 (%8,5)	14 (%7,0)	33 (%16,6)	133 (%66,8)	199 (%100)
18. Yaptığım girişimleri vardiyalı bitiminde meslektaşımına aktarırım	-	1 (%0,5)	4 (%2,0)	13 (%6,5)	181 (%91,0)	199 (%100)

**Tablo 4:** Faktör Analizi Gösterim Tablosu

	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>	<b>Faktör 3</b>	<b>Faktör 4</b>
<b>Maddeler</b>	5	13	17	2
	7	12	16	3
	8	14	18	1
	4	11	15	
	6	9		
		10		
<b>Özdeğer</b>	3,021	2,48	2,388	2,232
<b>Açıklanan varyans %</b>	24,55	14,03	10,98	6,08
<b>Ortalama</b>	<b>3,37±0,83</b>	<b>3,45±0,71</b>	<b>4,40±0,69</b>	<b>4,17±0,79</b>
<b>Cronbach α</b>	<b>0,802</b>	<b>0,770</b>	<b>0,728</b>	<b>0,707</b>
<b>Cronbach α (genel)</b>	<b>0.806</b>			

### **Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Faktör Analizi Sonuçları**

Ağrı azaltma girişimleri anketi faktör analizi sonuçları tablo 4'te verilmiştir. Buna göre anketimizin 18 maddesi, 4 alt boyutu vardır. Alt boyutları şöyledir:

**1. Fiziksel Rahatlığın Sağlanması:** 5 maddeden oluşur. Bu boyutun maddeleri şunlardır: 4, 5, 6, 7, 8.

**2. İlaç Kontrolü:** 6 maddeden oluşur. Bu boyutun maddeleri şunlardır: 9,10, 11, 12, 13, 14

**3. Bilgi Yönetimi:** 6 maddeden oluşur. Bu boyutun maddeleri şunlardır: 15, 16, 17, 18

**4. Ağrı Tanılama:** 3 maddeden oluşan bu boyutun maddeleri ise şunlardır: 1, 2, 3

Ağrıyla azaltma girişimlerini değerlendiren anketimiz Varimax rotasyonu uygulanıp Faktör analizi uygulandığında 4 faktör altında maddelerin toplanabileceği tablo 4'te görölmektedir. Bu 4 faktör bizim anketin varyansının %56'sını açıklamaktadır. Özdeğer; her faktör tarafından açıklanan toplam varyansı ifade etmektedir.

### **Ağrıyla Azaltma Girişimleri Anketi Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Ankete uygulanan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre uygulanan anket geçerli ve güvenilir bulunmuş olup değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

**Tablo 5:** Ağrıyla Azaltma Girişimleri Anketi İ Tutarlılıkları

	<b>İç tutarlılık (<math>\alpha</math>)</b>
<b>Ağrıyla Azaltma Girişimleri Anketi (18 soru)</b>	0,806
<b>Ağrı tanılama</b>	0,802
<b>Fiziksel rahathđın sağlanması</b>	0,770
<b>İlaç kontrolü</b>	0,728
<b>Bilgi yönetim</b>	0,707

Toplam tüm soruların Cronbach'ın alfa katsayısı 0,806 bulunmuş olup, anketin çok iyi düzeyde güvenilirlik katsayısına sahip olduğu söylenebilir. Alt grupları geçerlilik katsayıları 0,70 ile 0,80 arasında değişmekte olup bunlarda çok iyi düzeyde güvenilirlik katsayısına sahip bulunmuşlardır. Güvenirlik modeli negatif çıktığında bozulur. Bizim anketimizin güvenirlik katsayısı negatif çıkmamıştır. Ayrıca anket alt gruplarının da soruları iyi düzeyde güvenilirlik katsayısına sahip olduğu için soru çıkarılmamıştır.



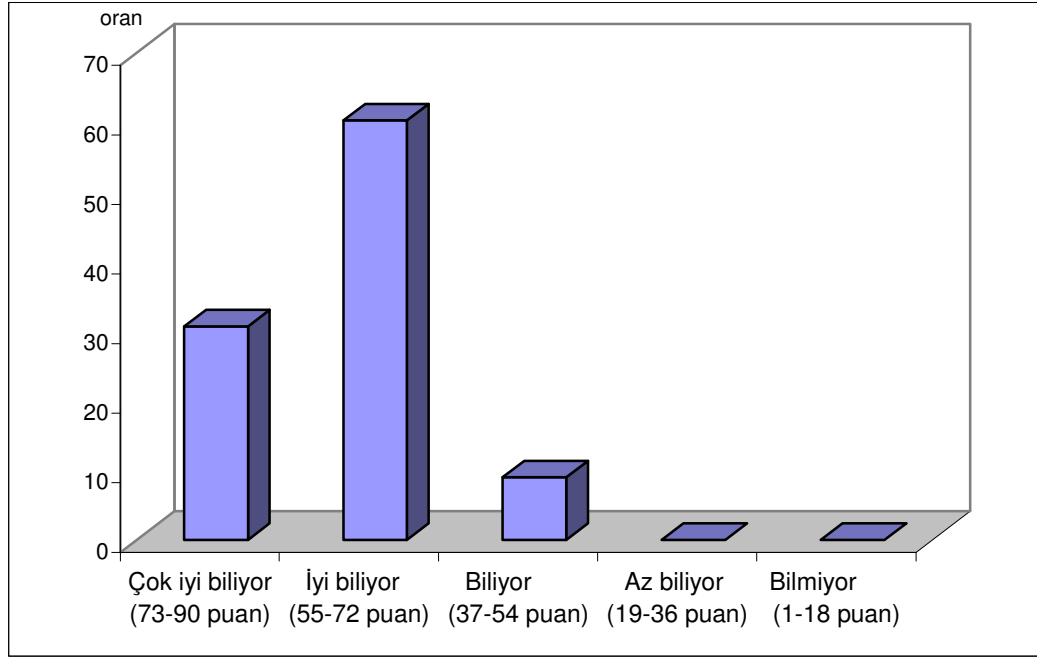
### Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketinden Alınan Puanlar

Anket sorularında hiçbir zaman diyenlere 1 puan, her zaman diyenlere 5 puan verip kodlayarak hesaplamalarımızı yapıldı. Anket toplam puanı 37 ile 90 arasında görülmekte olup ortalama puan  $67.69 \pm 9.54$ ' dür. Anket toplam puanları 90 ile 72 arasında olanlar çok iyi biliyor; 71- 54 puan alanlar iyi biliyor; 53- 37 puan alanlar ise biliyor şeklinde sınıflanmıştır.

**Tablo 6:** Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu	Bireyler	
	n	%
<b>Çok iyi biliyor (73-90 puan)</b>	61	30,7
<b>İyi biliyor (55-72 puan)</b>	120	60,3
<b>Biliyor ( 37-54 puan)</b>	18	9,0
<b>Az biliyor (19-36 puan)</b>	-	-
<b>Bilmiyor (1-18 puan)</b>	-	-
<b>Toplam</b>	199	100

Bireylerin aldıkları toplam puanlara göre % 30,7'sinin ağrı azaltma girişimlerini çok iyi bildiği; % 60,3'ünün iyi bildiği ve % 9,0'unun ise bildiği; az bilen ve bilmeyen birey ise bulunamamış olup şekil 2'de gösterilmiştir.



**Şekil 2:** Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

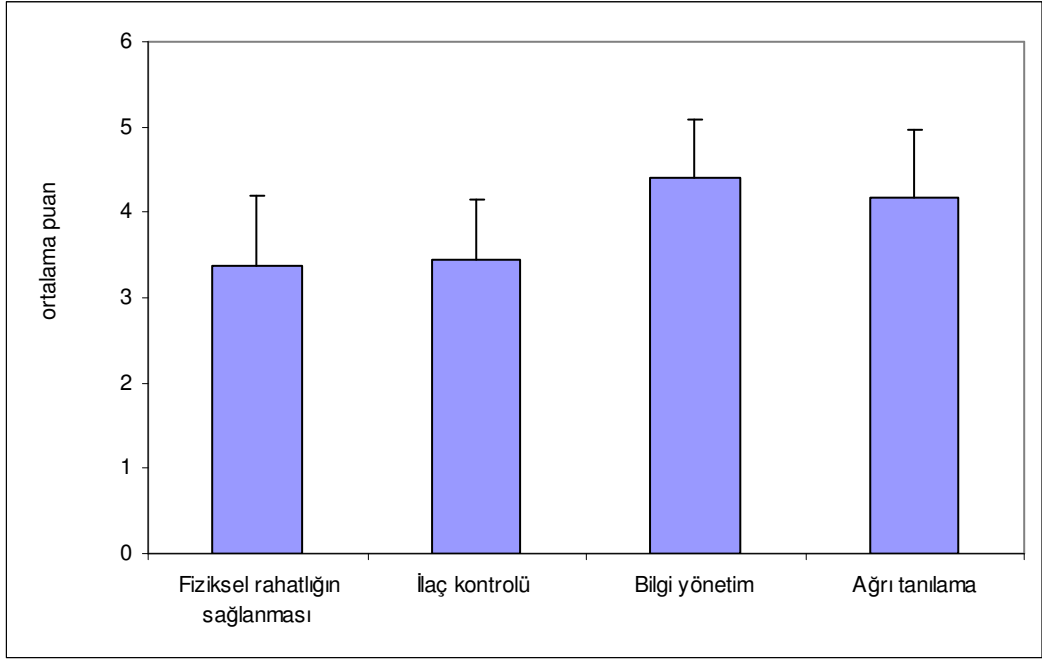
**Tablo 7:** Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Grupları

	Minimum	Maksimum	Ort±SE
<b>Fiziksel rahatlığın sağlanması</b>	1,60	5,00	3,37±0,056
<b>İlaç kontrolü</b>	1,50	5,00	3,45±0,059
<b>Bilgi yönetim</b>	2,00	5,00	4,40±0,050
<b>Ağrı tanılama</b>	1,33	5,00	4,17±0,049

Tablo 7 de bizim anketimize cevap verenlerin aldıkları en düşük ve en yüksek değerler yer almıştır; maksimum ve minimum değerler her alt boyutta farklı soru sayısı olduğundan ortalama puan alınarak hesaplanmıştır.

Anket alt boyut puanlarını hesaplarken; her bireyin her boyut için aldığı puan toplanmış ve boyutlar farklı sayıda maddeden oluştuğu için, boyutlar arası karşılaştırma yapılmasına imkân sağlamak üzere, her boyutun aritmetik ortalamasını gösteren 4 farklı sayı elde edilmiştir.

Tablo 7’de bu alt grupları kapsayan sorular ve bu sorulardan aldıkları ortalama puanlara baktığımızda; bilgi yönetimi puanının en yüksek, bunu ağrı tanılamının takip ettiği; en düşük puana sahip alt grubun ise fiziksel rahatlığın sağlanması puanı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların ağrı azaltma girişimleri anketi alt gruplarında puan dağılımı şekil 3’de verilmiştir.



**Şekil 3:** Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Gruplarında Puan Dağılımı

**Tablo 8:** Araştırmaya Katılanların Ağrıyla Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Ağrıyla Azaltma Girişimleri			Toplam	Test değ, p
		Anketini Bilme Durumu				
		Biliyor	İyi biliyor	Çok iyi biliyor		
		n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Yaş</b>	<b>16- 21 yaş</b>	4 (%22,2)	18 (%15,0)	6 (%9,8)	<b>28(%14,1)</b>	<b><math>\chi^2:13,03</math> <math>p:0,042^*</math></b>
	<b>22- 27 yaş</b>	8 (%44,4)	83 (%69,2)	46 (%75,4)	<b>137(%68,8)</b>	
	<b>28- 33 yaş</b>	4 (%22,2)	17 (%14,2)	9 (%14,8)	<b>30(%15,1)</b>	
	<b>34 yaş ve üzeri</b>	2 (%11,1)	2 (%1,7)	-	<b>4 (%2,0)</b>	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	12 (%66,7)	100(%83,3)	51 (%83,6)	<b>163(%81,9)</b>	<b><math>\chi^2:3,104</math> <math>p:0,212</math></b>
	<b>Erkek</b>	6 (%33,3)	20 (%16,7)	10 (%16,4)	<b>36(%18,1)</b>	
<b>Meslek</b>	<b>Hemşire</b>	11 (%61,1)	81 (%67,5)	46 (%75,4)	<b>138(%69,3)</b>	<b><math>\chi^2:6,819</math> <math>p:0,338</math></b>
	<b>Sağlık Memuru</b>	3 (%16,7)	7 (%5,8)	6 (%9,8)	<b>16(%8,0)</b>	
	<b>A.T.T</b>	4 (%22,2)	25 (%20,8)	7 (%11,5)	<b>36(%18,1)</b>	
	<b>Ebe</b>	-	7 (%5,8)	2 (%3,3)	<b>9(%4,5)</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sağlık Meslek Lisesi</b>	8 (%44,4)	38 (%31,7)	15 (%24,6)	<b>61(%30,7)</b>	<b><math>\chi^2:4,140</math> <math>p:0,387</math></b>
	<b>Ön Lisans</b>	1(%5,6)	14 (%11,7)	11 (%18,0)	<b>26(%13,1)</b>	
	<b>Lisans</b>	9 (%50,0)	68 (%56,7)	35 (%57,4)	<b>111(%56,2)</b>	
<b>Toplam</b>		<b>18 (%100)</b>	<b>120 (%100)</b>	<b>61 (%100)</b>	<b>199 (%100)</b>	

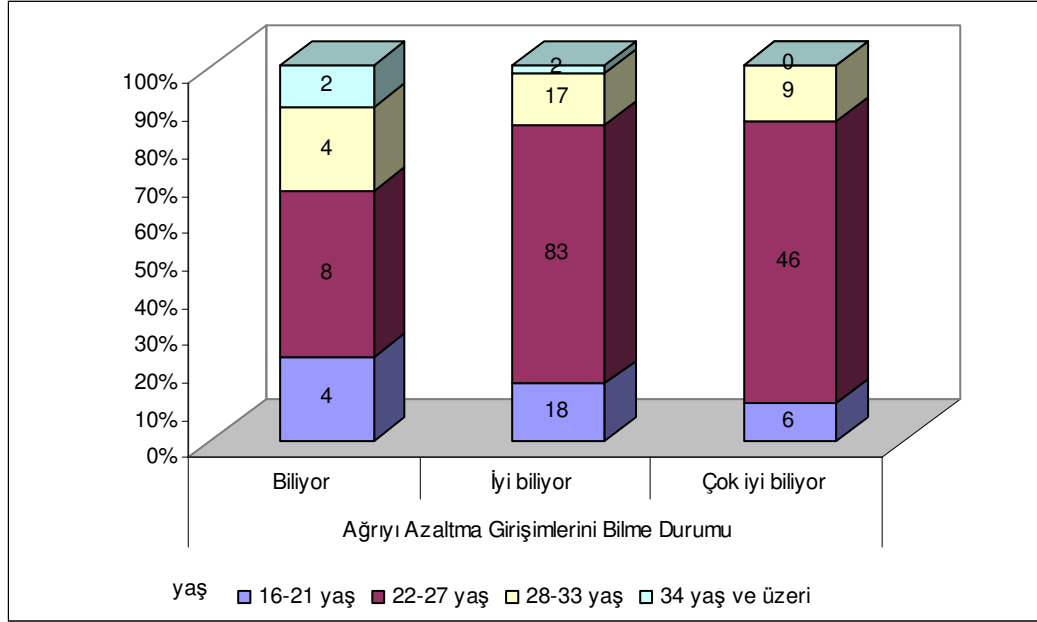
$\chi^2$ :Ki kare test

Az bilen ve bilmeyen grupta birey olmadığından tabloda gösterilmemiştir.

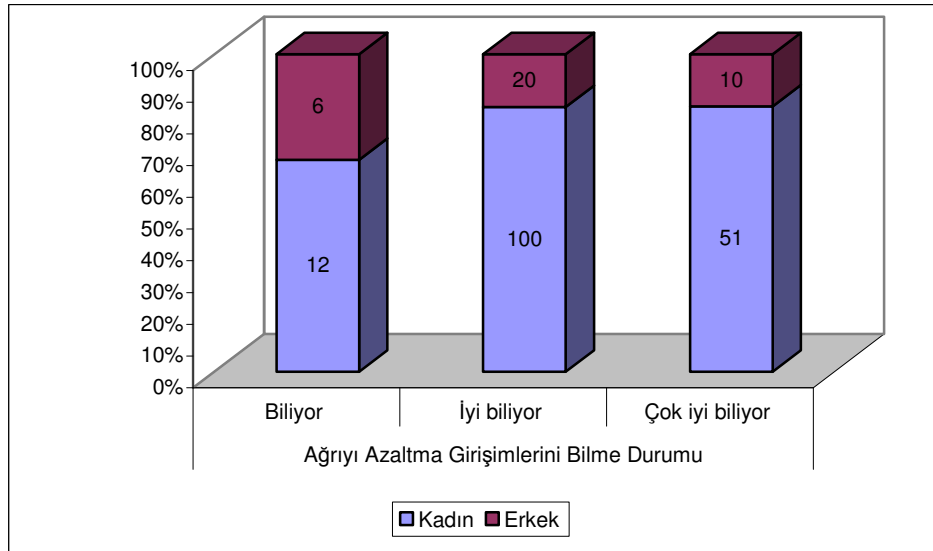
Tablo 8’de verildiği gibi, ağrıyla azaltma girişimlerini bilme yönünden yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). 22-27 yaş grubu olguların iyi bilme ve çok iyi bilme oranları bilenlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Ağrıyla azaltma girişimlerini bilme yönünden cinsiyet, meslek ve eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Şekil 4 ve 5'te, araştırmaya katılanların ağrı azaltma yöntemlerini bilme durumunun yaş ve cinsiyet gruplarına göre dağılımı verilmiştir.



**Şekil 4:** Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı  
(Az bilen ve bilmeyen grupta birey olmadığından grafikte gösterilmemiştir.)



**Şekil 5:** Araştırmaya Katılanların Ağrı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı  
(Az bilen ve bilmeyen grupta birey olmadığından grafikte gösterilmemiştir.)

**Tablo 9:** Araştırmaya Katılan Bireylerin Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu ve Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı

		Ağrıyı Azaltma Girişimlerini Bilme Durumu				Test değ, p
		Biliyor n (%)	İyi biliyor n (%)	Çok iyi biliyor n (%)	Toplam n (%)	
Çalışma süresi	1 yıl ve aşağısı	6 (%33,3)	41 (%34,2)	16 (%26,2)	63 (%31,7)	$\chi^2:7,032$ $p:0,318$
	2- 5 yıl	8 (%44,4)	59 (%49,2)	33 (%54,1)	100 (% 50,3)	
	6- 9 yıl	1 (%5,6)	13 (%10,8)	10(%16,4)	24 (%12,1)	
	10 yıl ve üzeri	3 (%16,7)	7 (%5,8)	2 (%3,3)	12 (%6,0)	
Unvan	Servis hemşiresi	16 (%88,9)	110(%91,7)	58 (%95,1)	184 (%92,5)	$\chi^2:2,219$ $p:0,695$
	Sorumlu hemşire	1 (%11,1)	8 (%6,7)	3 (%4,9)	13 (%6,5)	
	Öğrenci hemşire	-	2 (%1,7)	-	2 (%1,0)	
Çalıştığı Servis	Dahiliye	12 (%66,7)	39 (%32,5)	22 (%36,1)	73 (%36,7)	$\chi^2:9,036$ $p:0,060$
	Genel cerrahi	2 (%11,1)	44 (%36,7)	18 (%29,5)	64 (%32,2)	
	Yoğun bakım	4 (%22,2)	37 (%30,8)	21 (%34,4)	62 (%31,2)	
Çalışılan Günlük Süre	8 saat	14 (%94,4)	111(%92,5)	53 (%86,9)	181 (%91,0)	$\chi^2:1,843$ $p:0,398$
	8 saat üzerinde	1 (%5,6)	9 (%7,5)	8 (%13,1)	18 (%9,0)	
Çalışılan Vardiya	Gündüz	2 (%11,1)	15 (%12,5)	8 (%13,1)	25 (%12,6)	$\chi^2:2,150$ $p:0,905$
	Akşam	2 (%11,1)	6 (%5,0)	4 (%6,6)	12 (%6,0)	
	Gece	-	6 (%5,0)	2 (%3,3)	8 (%4,0)	
	Dönüşümlü vardiya (rotasyonlu olarak)	14 (%77,8)	93 (%77,5)	47 (%77,0)	154 (%77,4)	
Vardiya Süresince Bakımıyla Sorumlu Olduğu Hasta Sayısı	1- 5 hasta	4 (%22,2)	28 (%23,8)	12 (%19,7)	44 (%22,1)	$\chi^2:17,88$ $p:0,052$
	6- 10 hasta	1 (%5,6)	18 (%15,0)	21 (%34,4)	40 (%20,1)	
	11- 15 hasta	5 (%27,8)	34 (%28,3)	15 (%24,6)	54 (%27,1)	
	16- 20 hasta	2 (%11,1)	21 (%17,5)	3 (%4,9)	26 (%13,1)	
	21 hasta ve üzeri	6 (%33,3)	19 (%15,8)	10 (%16,4)	35 (%17,6)	
Ağrının Giderilmesi İle İlgili Eğitim Durumu	Var	9 (%50,0)	45 (%37,4)	33 (%54,1)	87 (%43,7)	$\chi^2:4.846$ $p:0,089$
	Yok	9 (%50,0)	75 (%62,6)	28 (%45,9)	112 (%56,3)	
Alınan Eğitimin Çalışma Alanınızda Kullanılma Durumu	Evet	7 (%77,8)	39 (%86,7)	32 (%97,0)	78 (%89,7)	$\chi^2:3,706$ $p:0,157$
	Hayır	2 (%22,2)	6 (%13,3)	1 (%3,0)	9 (%10,3)	
Toplam		18 (%100)	120(%100)	61 (%100)	199 (100)	

$\chi^2$ :Ki kare test

Az bilen ve bilmeyen grupta birey olmadığından tabloda gösterilmemiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ağrıyı azaltma girişimlerini bilme durumuna ve çalışma koşullarına göre dağılımı tablo 9’da verilmiştir.

Ağrıyı azaltma yöntemlerini bilme durumu açısından, çalışma süresi, unvan, çalışılan servis, çalışılan günlük süre ve çalışma vardiyası gruplarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

Ayrıca ağrıyı azaltma girişimlerini bilme durumu açısından vardiya süresince bakımından sorumlu olduğu hasta sayısı, ağrı giderilmesine yönelik eğitim alma durumu ve alınan eğitimin çalışma alanında kullanımı grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 10’da verildiği gibi fiziksel rahatlığın sağlanması, ilaç kontrolü, ağrı tanılama ve bilgi yönetimi için 34 yaş ve üzeri grupta düşük olmakla beraber puan yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Cinsiyetlere göre; fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, ilaç kontrolü puanı ve ağrı tanılama puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermezken ( $p>0.05$ ); bilgi yönetimi puan ortalaması erkek bireylerde anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Meslek durumuna göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, ilaç kontrolü puanı, bilgi yönetimi ve ağrı tanılama puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Eğitim durumuna göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); sağlık meslek lisesi mezunlarının puanları ön lisans ve lisans mezunlarındakinden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. İlaç kontrolü ve bilgi yönetimi puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Ağrı tanılama puanları ise eğitim

durumuna göre ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ). Ön lisans mezunu olanların ağrı tanılama puanları sağlık meslek lisesi ve lisans eğitimi alan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

**Tablo 10:** Araştırmaya Katılanların Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirmesi

		<b>Fiziksel Rahatlığın Sağlanması</b>	<b>İlaç Kontrolü</b>	<b>Bilgi Yönetim</b>	<b>Ağrı Tanılama</b>
		<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>
<b>Yaş</b>	<b>16-21 yaş</b>	3,09±0,16	3,44±0,13	4,37±0,13	4,03±0,14
	<b>22-27 yaş</b>	3,46±00,06	3,48±0,06	4,42±0,06	4,21±0,06
	<b>28-33 yaş</b>	3,35±0,16	3,38±0,14	4,46±0,12	4,21±0,17
<b>Test değ, p</b>		<b>F: 0.132;</b> <b>p: 0,976</b>	<b>F: 0.581;</b> <b>p: 0.560</b>	<b>F: 2.413;</b> <b>p: 0,092</b>	<b>F: 0.278;</b> <b>p: 0,757</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	3,39±0,06	3,45±0,05	4,45±0,05	4,20±0,05
	<b>Erkek</b>	3,27±0,15	3,43±0,11	4,20±0,12	4,06±0,15
<b>Test değ, p</b>		<b>t: 0.776;</b> <b>p:0,439</b>	<b>t: 0.179;</b> <b>p:0,858</b>	<b>t: 1.973;</b> <b>p:0,050*</b>	<b>t: 0.917;</b> <b>p:0,360</b>
<b>Meslek</b>	<b>Hemşire</b>	3,44±0,07	3,47±0,07	4,43±0,05	4,25±0,06
	<b>Sağlık Memuru</b>	3,42±0,25	3,31±0,15	4,34±0,20	3,92±0,29
	<b>A.T.T</b>	3,17±0,13	3,50±0,12	4,24±0,11	4,04±0,14
	<b>Ebe</b>	3,02±0,22	3,20±0,20	4,80±0,10	4,04±0,15
<b>Test değ, p</b>		<b>F: 1.537;</b> <b>p: 0,206</b>	<b>F: 0.656;</b> <b>p: 0,580</b>	<b>F: 1.851;</b> <b>p: 0,139</b>	<b>F: 1.437;</b> <b>p: 0,233</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sağlık Lis.</b>	3,15±0,11	3,46±0,08	4,35±0,08	4,02±0,10
	<b>Ön Lisans</b>	3,48±0,14	3,45±0,13	4,61±0,11	4,59±0,09
	<b>Lisans</b>	3,46±0,07	3,44±0,07	4,39±0,07	4,16±0,07
<b>Test değ, p</b>		<b>F: 3.204;</b> <b>p: 0,043*</b>	<b>F: 0.020;</b> <b>p: 0,980</b>	<b>F: 1.425;</b> <b>p: 0,243</b>	<b>F: 4.929;</b> <b>p: 0,008**</b>

F: Tek yönlü varyans analizi Test

t: bağımsız gruplarda t testi

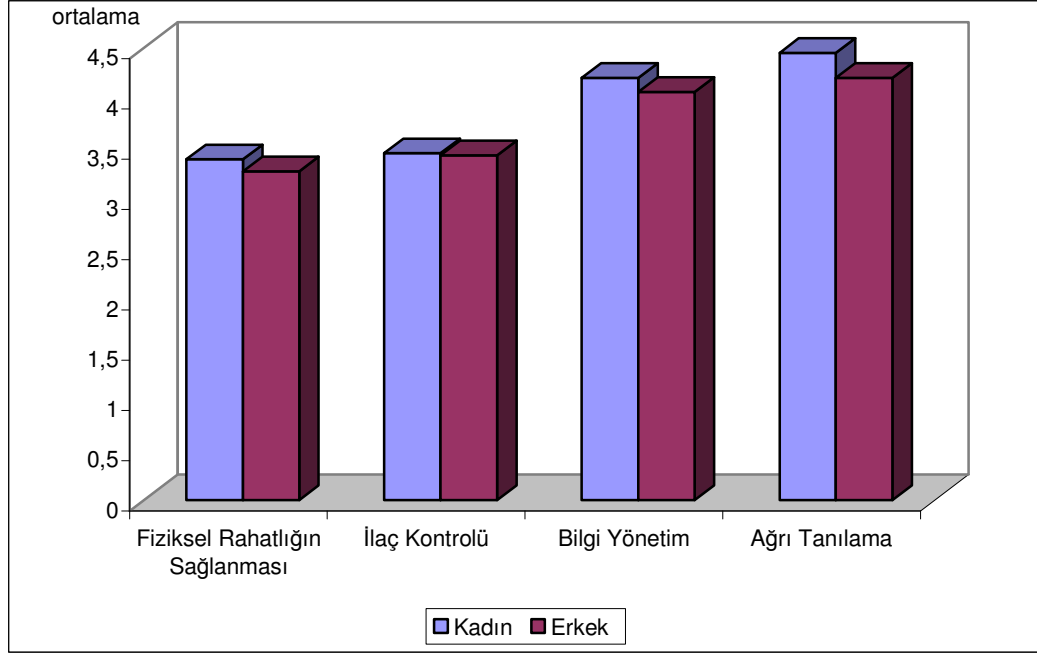
\* $p<0.05$

\*\* $p<0.01$

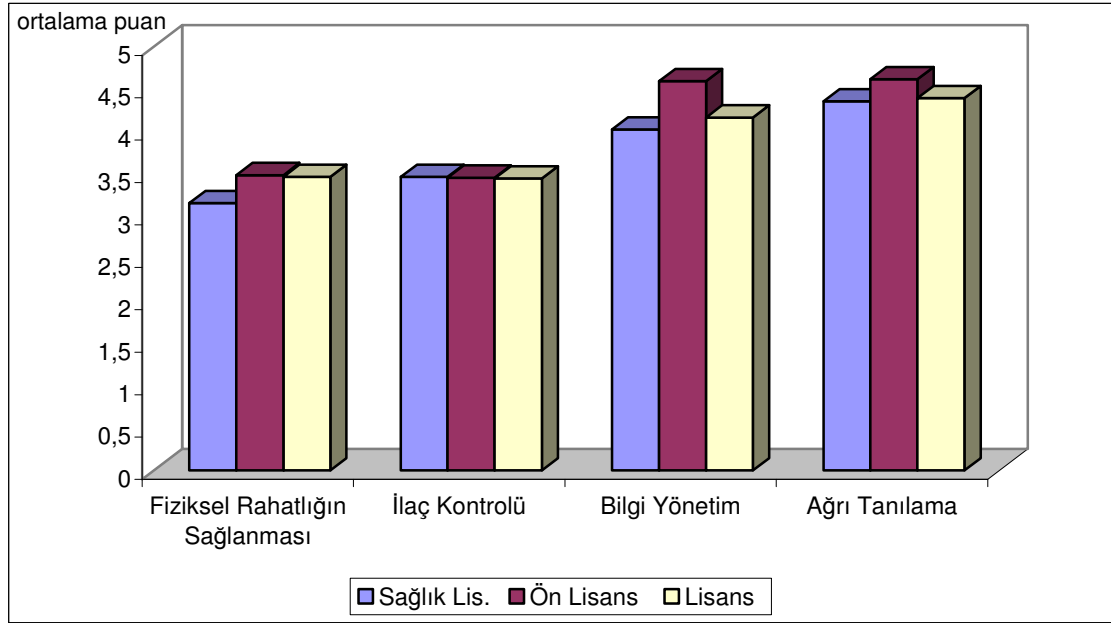
Yaş değerlendirmesinde 34 yaş ve üzeri grupta 4 birey olduğundan değerlendirme dışı bırakılmıştır.



Şekil 6 ve 7’de, araştırmaya katılanların cinsiyet ve eğitim durumuna göre ağrı azaltma girişimleri anketi alt boyut puan ortalamalarının durumu verilmiştir.



**Şekil 6:** Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları



**Şekil 7:** Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları

**Tablo 11:** Araştırmaya Katılanların Çalışma Durumlarına Göre Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları

		<b>Fiziksel Rahatlığın Sağlanması</b>	<b>İlaç Kontrolü</b>	<b>Bilgi Yönetim</b>	<b>Ağrı Tanılama</b>
		<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>
<b>Çalışma Süresi</b>	<b>1 yıl ve aşağısı</b>	3,40±0,10	3,40±0,09	4,23±0,09	4,07±0,10
	<b>2- 5 yıl</b>	3,35±0,08	3,46±0,07	4,47±0,07	4,10±0,08
	<b>6- 9 yıl</b>	3,59±0,16	3,63±0,11	4,71±0,09	4,65±0,08
	<b>10 yıl ve üzeri</b>	2,95±0,25	3,22±0,20	4,28±0,21	4,18±0,25
<b>Test değ, p</b>		<b>F: 1.658; p: 0,177</b>	<b>F: 1.032; p: 0,379</b>	<b>F: 3.607; p: 0,014*</b>	<b>F: 3.567; p: 0,015*</b>
<b>Unvan</b>	<b>Servis hemşiresi</b>	3,37±0,06	3,47±0,51	4,41±0,69	4,16±0,05
	<b>Sorumlu hemşire</b>	3,25±0,20	3,19±0,23	4,38±0,77	4,31±0,26
<b>Test değ, p</b>		<b>t: 0.507 p:0,612</b>	<b>t: 1.376 p:0,170</b>	<b>t: 0.115 p:0,909</b>	<b>t: 0.634 p:0,527</b>
<b>Çalıştığı Servis</b>	<b>Dahiliye</b>	3,22±0,10	3,36±0,09	4,44±0,09	4,10±0,09
	<b>Genel cerrahi</b>	3,22±0,09	3,57±0,07	4,53±0,07	4,24±0,08
	<b>Yoğun bakım</b>	3,70±0,10	3,43±0,09	4,23±0,08	4,19±0,10
<b>Test değ, p</b>		<b>F: 7.373; p: 0,001**</b>	<b>F: 1.482; p: 0,230</b>	<b>F: 3.97; p: 0,039*</b>	<b>F: 0.580; p: 0,561</b>

F: Tek yönlü varyans analizi Test

t: bağımsız gruplarda t testi

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Unvan değerlendirmesinde öğrenci hemşire 2 birey olduğundan değerlendirme dışı bırakılmıştır

**Tablo 11:** Araştırmaya Katılanların Çalışma Durumlarına Göre Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devamı)

		<b>Fiziksel Rahatlığın Sağlanması</b>	<b>İlaç Kontrolü</b>	<b>Bilgi Yönetim</b>	<b>Ağrı Tanılama</b>
		<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>
<b>Günlük Çalışma Süresi</b>	<b>8 saat</b>	3,33±0,06	3,43±0,05	4,43±0,05	4,18±0,06
	<b>8 saat üzerinde</b>	3,73±0,14	3,65±0,20	4,11±0,22	4,13±0,19
<i>Test değ, p</i>		<i>t: 1.957 p:0,050*</i>	<i>t: 1.245 p:0,215</i>	<i>t: 1.416 p:0,173</i>	<i>t: 0.250 p:0,803</i>
<b>Çalıştığı Vardiya</b>	<b>Gündüz</b>	3,42±0,16	3,40±0,16	4,52±0,14	4,47±0,11
	<b>Akşam+Gece</b>	3,54±0,26	3,49±0,26	4,31±0,28	4,05±0,28
	<b>Dönüşümlü vardiya</b>	3,34±0,06	3,45±0,06	4,40±0,05	4,14±0,06
<i>Test değ, p</i>		<i>F: 0.573 p:0,565</i>	<i>F: 0.096 p:0,908</i>	<i>F: 0.526 p:0,591</i>	<i>F: 2.102 p:0,125</i>
<b>Vardiya Süresince Bakımıyla Sorumlu Olduğu Hasta Sayısı</b>	<b>1- 5 hasta</b>	3,61±0,11	3,34±0,11	4,13±0,10	4,08±0,13
	<b>6- 10 hasta</b>	3,65±0,13	3,72±0,10	4,58±0,08	4,17±0,14
	<b>11-15 hasta</b>	3,23±0,10	3,40±0,08	4,52±0,09	4,22±0,09
	<b>16-20 hasta</b>	2,88±0,17	3,38±0,11	4,50±0,13	4,11±0,12
	<b>21 hasta ve üzeri</b>	3,31±0,14	3,39±0,14	4,30±0,12	4,27±0,13
<i>Test değ, p</i>		<i>F: 5.064 p:0,001**</i>	<i>F: 1.960 p:0,102</i>	<i>F: 3.235 p:0,013*</i>	<i>F: 0.347 p:0,846</i>

*F: Tek yönlü varyans analizi Test t: bağımsız gruplarda t testi*

*\*p<0.05*

*\*\*p<0.01*

*Vardiyaya göre yapılan değerlendirmede akşam ve gece bireyleri birleştirilerek değerlendirildi*

Ağrıyı azaltma girişimleri anketi alt boyutlarının çalışma koşullarına y6nelik değerlendirmeleri tablo 11’de verilmiştir.

Fiziksel rahatlığın sağlanması ve ilaç kontrol6 puanları çalışma s6relerine g6re anlamlı farklılık g6stermemektedir ( $p>0.05$ ). Bilgi y6netimi puanları ise çalışma s6relerine g6re anlamlı farklılık g6stermektedir ( $p<0.05$ ); 1 yıl ve daha az s6re çalışanların bilgi y6netimi puanı 6- 9 yıldır çalışanlardan anlamlı d6zeyde d6ř6k olarak saptanmıştır; diğerleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Ağrı tanılama puanları da çalışma s6relerine g6re anlamlı farklılık g6stermektedir ( $p<0.05$ ); 6-9 yıldır çalışanların ağrı tanılama puanları 1 yıldan az çalışanlarda ve 2-5 yıldır çalışanlarda anlamlı d6zeyde y6ksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ), diğer çalışma s6releri arasında anlamlı farklılık g6r6lmemektedir.

Unvanlara g6re fiziksel rahatlığın sağlanması puan ortalamaları, ilaç kontrol6 puan ortalamaları, bilgi y6netimi ve ağrı tanılama puan ortalamaları anlamlı farklılık g6stermemektedir ( $p>0.05$ ).

Çalışılan servislere g6re fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık g6stermektedir ( $p<0.05$ ); yoğun bakım servisinde fiziksel rahatlığın sağlanması dahiliye ve cerrahi servislerinden anlamlı d6zeyde y6ksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). İlaç kontrol6 ve ağrı tanılama puanları çalışılan servise g6re anlamlı farklılık g6stermemektedir ( $p>0.05$ ).

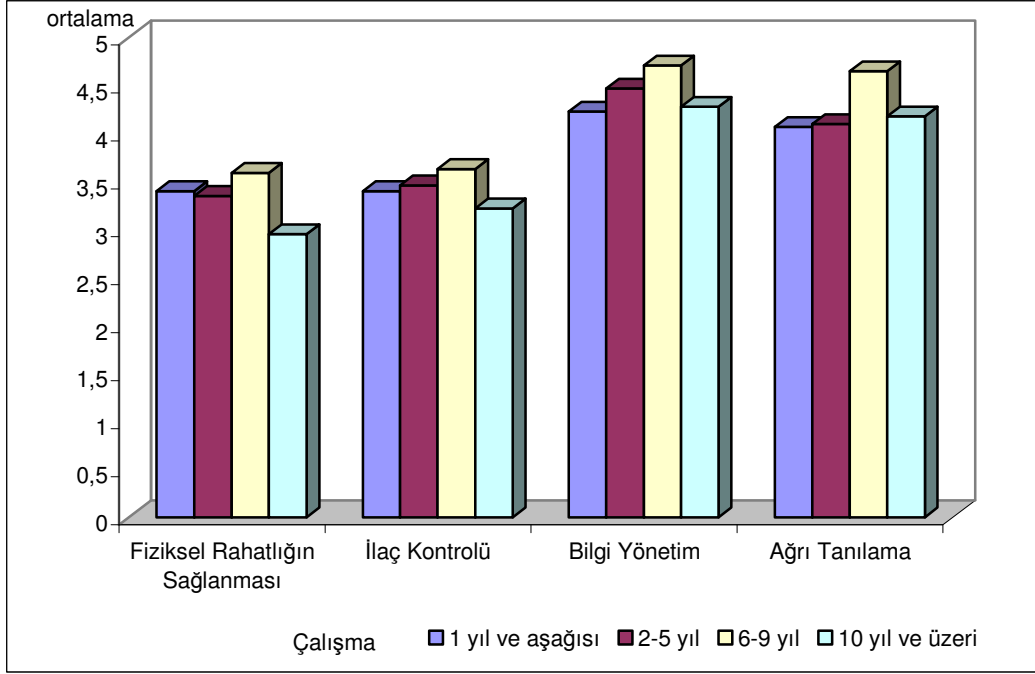
Bilgi y6netimi puanı çalışılan servislere g6re anlamlı farklılık g6stermektedir ( $p<0.05$ ); yoğun bakım servisinin bilgi y6netimi puanı genel cerrahi servisinden anlamlı d6zeyde d6ř6k olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ), diğer servisler arasında anlamlı farklılık yoktur.

Fiziksel rahatlığın sağlanması puan ortalaması, çalışma süresi 8 saat üzeri çalışan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlaç kontrolü puan ortalamaları; bilgi yönetimi puanları ve ağrı tanılama puan ortalamaları ise çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

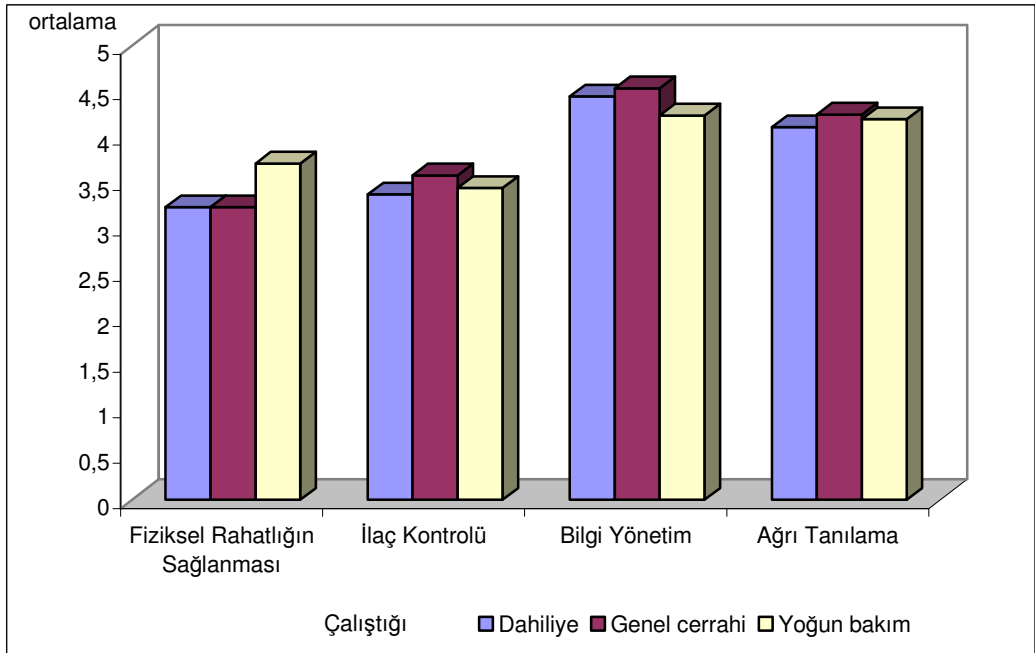
Çalışılan vardiya şekline göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, ilaç kontrolü puanı, bilgi yönetimi ve ağrı tanılama puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Vardiya süresince bakımıyla sorumlu olduğu hasta sayısına göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ); 1-5 hasta bakan ve 6-10 hasta bakan bireylerin fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, 16-20 hasta bakan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ); diğer bakılan hasta sayıları gruplarının fiziksel rahatlığın sağlanması puanları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İlaç kontrolü ve ağrı tanılama puanları vardiya süresince bakımıyla sorumlu olduğu hasta sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Bilgi yönetimi puanı ise vardiya süresince bakımıyla sorumlu olduğu hasta sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); 1-5 hasta bakan bireylerin bilgi yönetimi puanı 6-10 hasta bakan, 11-15 hasta bakan ve 16-20 hasta bakan bireylerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ); diğer bakılan hasta sayılarının bilgi yönetimi puanları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

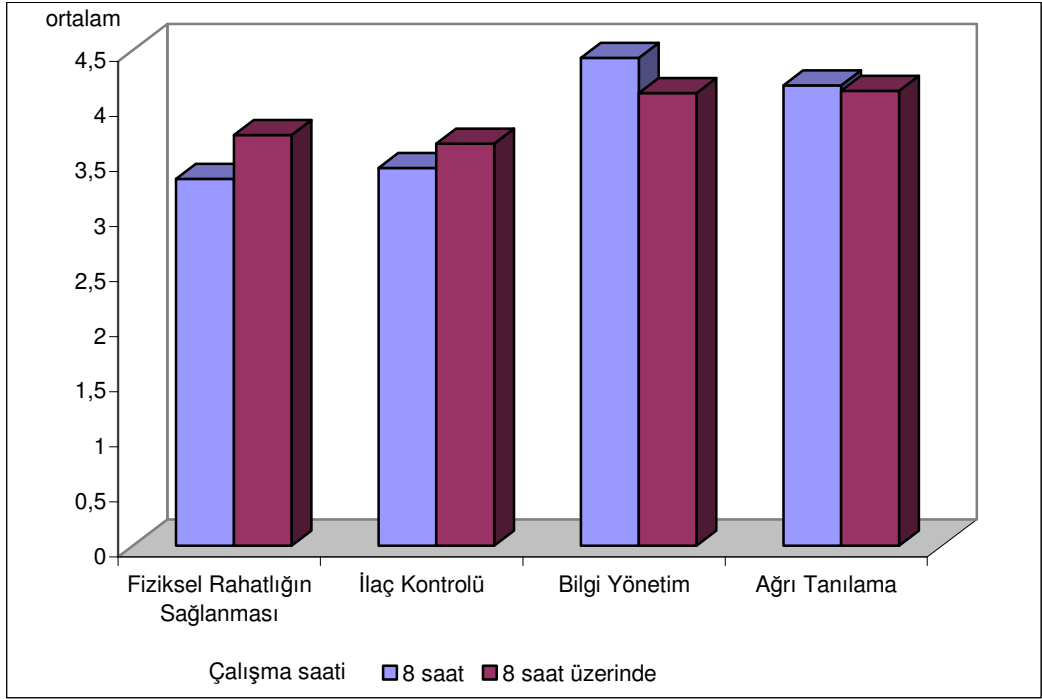
Şekil 8 ve 9’da araştırmaya katılanların çalışma süresine ve çalıştığı servise göre ağrılı azaltma girişimleri anketi alt boyut puan ortalamaları verilmiştir.



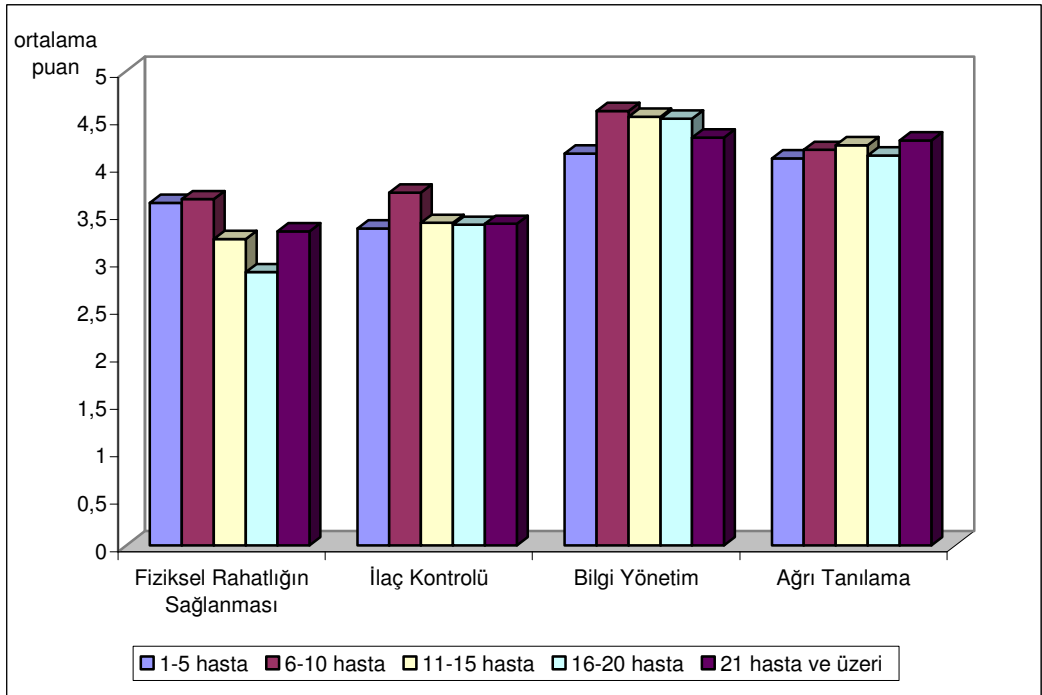
**Şekil 8:** Araştırmaya Katılanların Çalışma Süresine Göre Ağrılı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları



**Şekil 9:** Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Servise Göre Ağrılı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları



**Şekil 10:** Araştırmaya Katılanların Günlük Çalışma Saatlerine Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları



**Şekil 11:** Araştırmaya Katılanların Vardiya Süresince Bakımıyla Sorumlu Hasta Sayısına Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları

Şekil 10 ve 11’de araştırmaya katılanların günlük çalışma saatlerine ve vardiya süresince bakımıyla sorumlu hasta sayısına göre ağrı azaltma girişimleri anketi alt boyut puan ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 12:** Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları

		<b>Fiziksel Rahatlığın Sağlanması</b>	<b>İlaç Kontrolü</b>	<b>Bilgi Yönetim</b>	<b>Ağrı Tanılama</b>
		<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>	<b>Ort±SE</b>
<b>Ağrının Giderilmesi İle İlgili Eğitim Durumu</b>	<b>Var</b>	3,45±0,09	3,45±0,08	4,45±0,07	4.23±0.08
	<b>Yok</b>	3,30±0,07	3,45±0,06	4,37±0,06	4.12±0.07
<b>Test değ, p</b>		<b>t: 1.275</b> <b>p:0,204</b>	<b>t: 0.059</b> <b>p:0,953</b>	<b>t: 0.815</b> <b>p:0,416</b>	<b>t: 0.996</b> <b>p:0,320</b>
<b>Alınan Eğitimin Çalışma Alanınızda Kullanılma Durumu</b>	<b>Kullanılıyor</b>	3.54±0.09	3.47±0.08	4.43±0.07	4.29±0.08
	<b>Kullanılmıyor</b>	2.66±0.29	3.22±0.17	4.58±0.27	3.77±0.21
<b>Test değ, p</b>		<b>t: 3.057</b> <b>p:0,003**</b>	<b>t: 0.339</b> <b>p:0,961</b>	<b>t: 0.556</b> <b>p:0,591</b>	<b>t: 2.217</b> <b>p:0,049*</b>

t: bağımsız gruplarda t testi

\*p<0.05

\*\*p<0.01

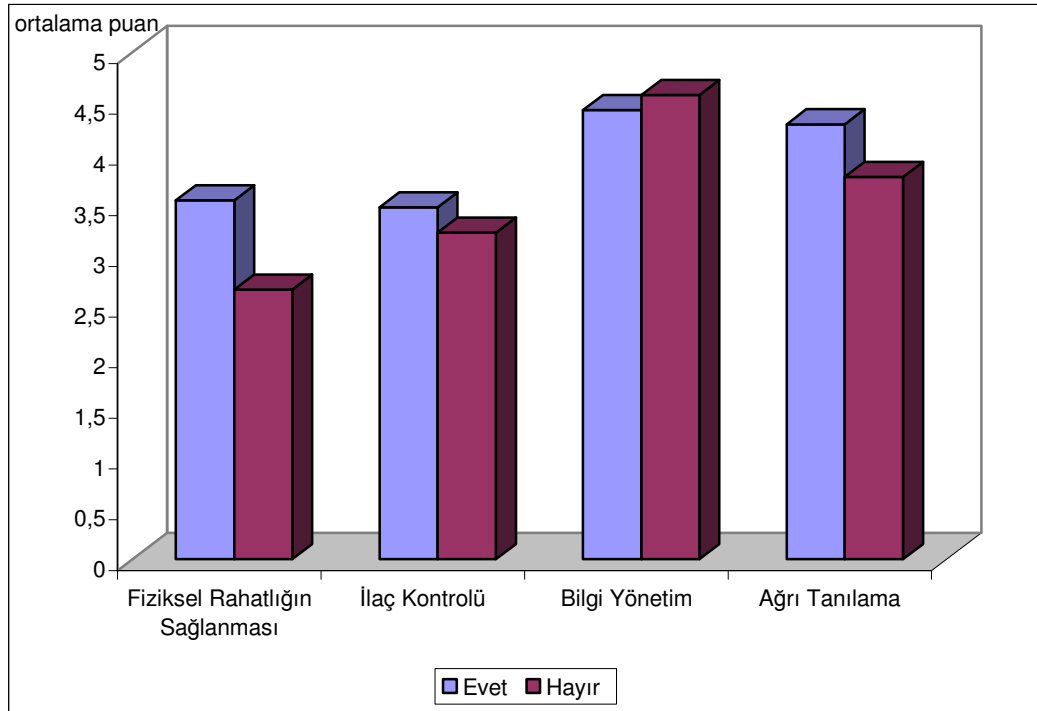
Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre ağrı azaltma girişimleri anketi alt boyut puan ortalamaları tablo 13’de verilmiştir.

Fiziksel rahatlığın sağlanması puan ortalamaları, ilaç kontrolü puan ortalamaları; bilgi yönetimi puan ortalamaları ve ağrı tanılama puan ortalamaları, araştırmaya katılanların ağrının giderilmesi ile ilgili eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).



Fiziksel rahatlığın sağlanması puan ortalamaları aldıkları ağrı eğitimini çalışma alanında uygulayan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlaç kontrolü ve bilgi yönetimi puan ortalamaları ise alınan ağrı eğitiminin çalışma alanında kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Ağrıyı tanılama puan ortalamaları da aldıkları ağrı eğitimini çalışma alanında uygulayan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Şekil 12’de araştırmaya katılanların alınan ağrı eğitimini çalışma alanında kullanım durumuna göre ağrı azaltma girişimleri anketi alt boyut puan ortalamaları verilmiştir.



**Şekil 12:** Araştırmaya Katılanların Alınan Ağrı Eğitimini Çalışma Alanında Kullanım Durumuna Göre Ağrı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyut Puan Ortalamaları

## 5. TARTIŞMA

Ağrı kontrolünün kalitesi, ağrı tedavisini yürüten sağlık ekibi üyelerinin bilgi, davranış ve yeteneklerine bağlıdır. Hemşireler bu süreçte çok önemli bir rol oynamaktadırlar. Doktor ve hasta arasında koordinasyonu sağlayan hemşireler hastanın ağrı ve konforunu yakından izleyen kişilerdir. Hemşirelerin bu rolü yerine getirmede gerekli bilgi, davranış ve yeteneklere sahip olup olmadığı konusunda ise soru işaretleri bulunmaktadır (85).

Bu çalışma, hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimleri değerlendirmek amacıyla, üniversite hastanesinde çalışan %81,9'u kadın, %18,1'i erkek toplam 199 birey katılmıştır. Ağrının giderilmesine yönelik eğitim alanlar % 43,7; aldıkları eğitimi çalıştıkları alanda kullanan ise % 88,5'dir.

Ağrıyı azaltma yöntemleri anketi toplam puanının sınıflandırılmasında, bireylerin aldıkları toplam puanlara göre % 34,7'si ağrı azaltma yöntemlerini çok iyi biliyor; % 57,8'i iyi biliyor ve % 7,5'i ise biliyor olarak değerlendirildi.

### 5.1. Ağrıyı Azaltmak İçin Yapılan Girişimlerin İncelenmesi

Ağrıyı azaltmak için yapılan girişimlerde ağrının şiddetini genelde ve her zaman ölçen hemşirelerin oranı % 75,4'tür. Bu sonuç, bize hastanemizde çalışan hemşirelerin ağrı şiddetini skalalarla ölçtüklerini göstermektedir. Özer ve ark.'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğu tarafından (% 74,5) ağrıyı ölçmek için ağrı skalası kullanılmadığı belirtilmiştir (15). Salentera ve ark.'ın Finlandiya' daki üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin çocuklardaki postoperatif ağrıyı tanılama, kayıt etme durumunu ve ağrı yönetimlerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonuçları da Özer ve ark.'ın yaptığı çalışmayla benzerlik

göstermektedir (15, 88). Özer ve ark. ağrı skalası kullanım oranındaki azlığın nedenlerini, hemşirelerin ellerinde uygun bir ölçme aracının olmaması, bu araçları kullanabilmek için yeterli bilgi donanımına sahip olmama ya da iş yükü fazlalığı olabileceğini düşünmüşlerdir (15).

Klopfenstein ve ark., hastaların dinlenim ve öksürme sırasında görsel analog skalası ile belirttikleri ağrı şiddetini doktor ve hemşirelerinde değerlendirmesi ile karşılaştırmış ve tıbbi personelin hasta ağrı şiddetini değerlendirmede yetersiz kaldığını göstermişlerdir (92).

Bu çalışmada ağrıyı azaltmak için yapılan girişimlerde hemşirelerin % 52.8'i her zaman, % 24.6'sı genellikle parenteral yolla; % 45.7'si her zaman, % 30.2'si genellikle oral yolla ilaç uyguladıklarını belirtmişlerdir. Silka ve ark. travmalı hastalara intra venöz ve oral yolla ilaç verildiğini, en sık kullanılan analjeziklerin de morfin, fentanyl ve hidromorfin olduğunu belirlemişlerdir (53). Bu çalışma sonucu bizim çalışmamızla benzer özellikler göstermektedir.

Puntillo ve ark., travmalı hastaların % 19.7'sine opioid, % 2.4'üne sedatif, % 2.2'sine lokal anestezi verildiğini saptamıştır (120). Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin % 32.7'si genellikle, % 30.2'si ise her zaman tanısal ve tedavi edici işlem esnasında gerekli fiziksel desteği sağlamak, hasta tepkilerini gözlemlemek için order doğrultusunda sedatif uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Özer ve ark.'ın yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %52.5'i kliniklerde ağrılı hastalar için ilaç dışı bir yöntem isteminde bulunmadığını, % 17.4'ü ise soğuk uygulama isteminde bulunduğunu ifade etmiştir (15). Bizim çalışmamızda hemşirelerin sıcak ya da soğuk uygulamayı, gerektiğinde uyguladığı (%37.7) sonucuna varılmıştır. Literatür taramasında

yapılan çalışmalar, soğuk uygulamanın ağrı eşiğini yükselttiğini göstermiştir (121,122,123). Başka alışmalar ise uygulama sonrasında doku ısıısıyla ilişkili olarak hem duyuasal hem de motor sinir hızlarında düşüşler olduğunu göstermiştir (124,125,126).

Ağrıyı azaltmak için yapılan girişimlerde hemşirelerin, %37.7'si gerektiğinde, % 23.1'i de bazen, dolaşımı hızlandırmak, rahatlığı sağlamak ve ağrıyı azaltmak için hastaya masaj yaptığını söylemiştir. Değirmen 'in sezeryan olan hastaların postoperatif ağrısının azaltılması üzerinde el ve ayak masajının etkinliğini belirlemek amacıyla planlanan randomize kontrollü çalışmasında, el ve ayak masajı postoperatif ağrının kontrol edilmesinde etkili yöntemler olup el ayak bölgesine uygulanan masajın, ayak masajına oranla ağrı şiddetini daha çok azalttığı, masaj süresiyle ağrı azaltıcı etkinin doğru orantılı olarak arttığı sonucuna ulaşmıştır (127).

Çalışmamıza katılan hemşirelere, ilacın kullanımı ve etkileri ile ilgili hastaya bilgi verme sıklığı sorulduğunda %53.8'i her zaman, %27.1'i genellikle olarak cevaplamıştır. Bu sonuca göre hemşirelerin çoğunun hastaların ilaç kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi eksikliğini karşıladığını söyleyebiliriz. Hasta ve hemşirenin bilgisi ve ağrı hakkındaki inançları ağrı yönetimini etkileyen önemli konulardır (129). Etkin ağrı yönetiminde, majör sorunlardan birisi, hastanın ağrı yönetimi prensiplerine ilişkin bilgisinin yetersiz olması ve yanlış fikirlere sahip olunmasıdır (110,111). Opioid kullanımı ile ilişkili yan etki, bağımlılık ve ilaç toleransının gelişmesi korkusu ve ağrısının hastalığının doğal bir sonucu olduğu gibi olumsuz fikirlere inanmaları nedeniyle, hasta ve aile yeleri tedaviye uyumda isteksiz olabilirler (101,111,130,133).

Hastalar yan etkilerin gelişmesi hakkında endişeleri olduğu için genellikle ağrı ilaçlarını önerilen dozlardan daha az alırlar (111,131). Ferrell ve ark., hastaların önerilen dozların sadece % 70'ini aldıklarını bildirmişlerdir (112).

Ward ve ark., endişesi olan bireylerin yan etkilerin hem önceden belirlenebileceği hem de bunların yönetilebileceği konularında bilgilendirildiği zaman yan etki korkusunun ağrı kontrolünde daha az sorun olabileceğini bildirmişlerdir (113).

Riddell Fitch., Kanada'da 42 kanserli hastanın ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarını incelemiştir. Hastaların yaklaşık % 25'inin ağrı ilaçlarının vücutları için kötü olduğuna inandıkları ve bu nedenle ilaçlarını düzenli olarak almada veya yeterli dozları almada isteksiz oldukları saptanmıştır (103).

Özberksoy 'un, meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır (128).

Ağrıyı azaltmak için yapılan girişimlerin dağılımında hemşirelerin, hastayla ilgili verileri toplayıp, klinik kayıtları tutmasındaki uygulama sıklığına bakıldığında her zaman diyenler % 54.3 genellikle diyenlerin ise % 21.1 olduğu; orderda olan bilgilerin hemşirenin yaptığı hasta bakım planına ve dökümantasyon sistemine transferini sağlamasında her zaman uygulayanların % 66.8 olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre hemşirelerin hasta hakkındaki bilgilerin, klinik kayıtlarını tuttıkları söylenebilir.

Ağrı değerlendirilmesinde, hastanın ağrıyı kendisinin tanımlaması önemlidir, fakat hekim ve hemşirelerin hastalara ağrıları hakkında soru sormadıkları ağrı bildiriminde sıklıkla klinik yargının kullanıldığına dair kanıtlar bulunmaktadır (101,102).

Ağrının yetersiz tanımlanması ile ilgili bir diğer neden hemşirelerin, doktorların ve diğer sağlık ekibi üyelerinin kanser hastaları ile iletişimde zorlanmaları ve hastalarla etkileşimden kaçmaları nedeniyle ağrının yüzeysel olarak değerlendirilmesidir (102,108).

Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin hastaların ağrısı ile ilgili tanımlamaları ve değerlendirmelerini kayıt edip etmedikleri sorulduğunda %71.5'i bu konu ile ilgili kayıt tuttuğunu, %21.3'ü kayıt tutmadığını belirtmiş, %7.2'si de bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Kayıt tuttuğunu belirten hemşirelerin hepsi kayıtlarını hemşire gözlem formuna yaptığıı belirtmiştir (15). Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Yapılan başka çalışmalarda hemşirelerin ağrı tanımlamalarını kayıt etmelerinin sınırlı olduğu ve kayıt edilen verilerin birbirleriyle tutarlı olmadığı saptanmıştır (89,91). Camp ve O'sullivan ise yaptıkları çalışmada hemşirelerin non-verbal verileri kayıt etme oranını %9.0, semptomatik verileri kayıt etme oranını %4.0 olarak bulmuştur (90). Bizim çalışmamızda hemşirelerin kayıt tutma oranlarının belirtilen çalışmalara oranla daha yüksek (%54.3) olduğu belirlenmiştir.

## **5.2. Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Gruplarının İncelenmesi**

Ağrıyı azaltma yöntemleri anketi alt gruplarını kapsayan sorular ve bu sorulardan alınan ortalama puanlara baktığımızda bilgi yönetimi puanı en yüksek,

bunu ağrı tanılama puanı ve ilaç kontrolü puanı takip etmekte, fiziksel rahatlığın sağlanması puanı ise en düşük olarak saptanmıştır.

Özer ve ark., hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi davranış klinik karar verme yeteneklerinin incelendiği tanımlayıcı çalışmada sonuçlar hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğunu, ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir (15). Bizim çalışmamızda bilgi düzeyi iyi, ilaç yönetimi ise orta düzeydedir. Lebouvits ve ark.'nın, 686 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada ağrı bilgi düzeyi düşük bulunmuştur (87). Hemşirelerin bilgilerinde yetersizlikler olmasının negatif davranışlar sergilemesine neden olabileceği literatür bilgileri arasında yer almaktadır (84).

### **5.3. Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Toplam Puanının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşının, cinsiyetinin, meslek ve eğitim durumunun ağrıyı azaltma yöntemlerini etkileyeceği düşünülürken, araştırmamızda ağrıyı azaltma yöntemleri anketi toplam puanının demografik özelliklerden etkilenmediği sonucu bulunmuştur. Literatürde demografik özelliklerle ilgili çalışmamıza uygun makale bulunamamıştır.

### **5.4. Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Toplam Puanının Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalışma Koşullarına Göre İncelenmesi**

Çalışmamızda ağrıyı azaltma yöntemleri anketi toplam puanını, araştırmaya katılan bireylerin çalışma süresinin, çalışılan servisin, günlük çalışılan sürenin, çalışılan vardiyanın, vardiya süresince bakımından sorumlu olduğu hasta sayısının, ağrının giderilmesiyle ilgili eğitim alma durumu ve alınan eğitimin

çalışma alanında kullanılma durumunun etkilemesi beklenirken anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç hemşirelerin çalışma saatlerinde zamanını ve bilgisini iyi kullanıp ağrı gidermede etkin rol aldığını düşündürmektedir. Literatür verilerinde çalışma koşullarına göre araştırmamıza uygun çalışmaya rastlanmamıştır.

### **5.5. Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyutlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

Cinsiyetlere göre; fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, ilaç kontrolü puanı ve ağrı tanılama puanları anlamlı farklılık göstermezken; bilgi yönetimi puanı erkek bireylerde anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum hastanede çalışan erkek hemşirelerin gerçek mesleklerinin sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni olması hemşirelik bölümü eğitim ve öğretim müfredatının ve alınan derslerin farklı olmasıyla açıklanabilir. Literatürde cinsiyetle ilgili uygun araştırma bulunamamıştır.

Çalışmamızda, meslek durumuna göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, ilaç kontrolü puanı, bilgi yönetimi ve ağrı tanılama puanları anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu sonuç, hastanede çalışmamıza katılan bütün meslek gruplarının hemşirelik görevini yerine getirmesiyle açıklanabilir. Furstenberg ve ark.'ın kanser hastalarına bakım veren doktor, eczacı ve hemşirelerin kanser ve ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada gruplar arasında ağrı tanılması hakkında hemşirelerin en bilgili, eczacıların ise en az bilgili olduğu saptanmıştır. Hekimlerin opioidlerin farmakolojisine ilişkin en bilgili oldukları fakat optimal ağrı gidermeyi sağlama ile en az ilgili oldukları saptanmıştır(109).



Yaptığımız çalışmada, eğitim durumuna göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); sağlık meslek lisesi mezunlarının puanları ön lisans ve lisans mezunlarından anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Ayrıca ön lisans eğitimi alan bireylerin ağrı değerlendirme puanları sağlık meslek lisesi ve lisans eğitimi alan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Ön lisans mezunlarının, lisans mezunlarından ağrı tanılama puanlarının yüksek olarak bulunmasının nedeninin, ön lisans mezunu sayısının az olup, değerlendirmelerinde yüksek puanlar verilmesi ile açıklanabilir. Bu sonuca göre, üniversitelerde ağrı ile ilgili eğitime daha çok önem verildiği söylenebilir. McMillan ve ark., hemşirelerin hemşirelik müfredatında, ağrı yönetimiyle ilgili çok az eğitim almış olmalarının, bilgi eksikliklerinin en yaygın nedeni olduğunu bildirmiştir. Yeterli ağrı eğitimi alan hemşireler arasında bile uygun ağrı bakımını vermeyi etkileyen birçok faktör olduğu bildirilmiştir (84). Ağrı yönetimi konusunda bilgiyi arttırmanın ağrıyı hafifletme sürecini geliştireceğine inanılmaktadır; fakat bilginin arttırılması ile ağrı yönetiminin etkinliği arasındaki ilişkinin daha ileri araştırmaları gerektirdiği bildirilmiştir (86).

Ağrı yönetiminin yeterli olmamasındaki en önemli sorunlardan birisi hemşirelerin ağrı tedavisi hakkındaki bilgilerinin eksik olmasıdır (98, 99). Ulusal ve uluslararası birçok basılı rehber olmasına karşın doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyelerinin çoğunun modern ağrı kontrol metodları, ağrı tanılama prosedürleri ve ağrı yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik girişimlerin kullanımı ile ilgili spesifik bilgi eksiklerinin olduğu bildirilmiştir (29,100,101,102,103,104,105,106,107).

Bizim çalışmamızda ilaç kontrolü ve bilgi yönetimi puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu durum hemşirelik okulları müfredatında, ağrı kontrolündeki ilaç ve bilgi yönetimiyle ilgili verilen eğitimin eşit ağırlıkta olduğunu düşündürmektedir.

#### **5.6. Ağrıyı Azaltma Girişimleri Anketi Alt Boyutlarının Çalışma Koşullarına Göre İncelenmesi**

Bilgi yönetimi puanları çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); 1 yıl ve daha az süre çalışanların bilgi yönetimi puanı 6-9 yıldır çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır; diğerleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu sonuç, 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin okulda aldıkları bilgiyle mesleki deneyimlerini birleştirerek, mesleki açıdan en verimli dönemde olduklarını düşündürmektedir. Literatür taramalarında benzer parametreyi içeren çalışmaya rastlanmamıştır.

Ağrı tanılama puanları da çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir; 6-9 yıldır çalışanların ağrı tanılama puanları, 1 yıldan az çalışanlardan ve 2-5 yıldır çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ), diğer çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Bu durum 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin bilgi birikimi ve deneyimiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, çalışılan servislere göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); yoğun bakım servisinde fiziksel rahatlığın sağlanması dahiliye ve cerrahi servislerinden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bilgi yönetimi puanı da çalışılan servislere göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); yoğun bakım servisinde

bilgi yönetimi puanı genel cerrahi servisinden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuca göre yoğun bakımlarda fiziksel rahatlığın sağlanmasına, hastaların kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıkları için daha çok önem verildiği söylenebilir. Literatür verilerinde çalışılan servisle ilgili çalışmamıza uygun bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, çalışma süresi 8 saat üzeri olan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuç, hasta hakkında gerekli verileri toplayıp, planlamayı yaptıktan sonra fiziksel rahatlığın sağlanması için hemşirenin hastaya yeterli zaman ayırdığını düşündürmektedir. Yapılan literatür taramasında bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Vardiya süresince bakımıyla sorumlu olduğu hasta sayısına göre fiziksel rahatlığın sağlanması puanı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ); 1-5 hasta bakan ve 6-10 hasta bakan bireylerin fiziksel rahatlığın sağlanması puanı, 16-20 hasta bakan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu duruma göre, artan hasta sayısı ile hemşirenin iş yükü arttığı için hastaların fiziksel rahatlığının sağlanmasına yeterli zaman ayıramadığı söylenebilir. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bilgi yönetimi puanı ise vardiya süresince bakımıyla sorumlu olduğu hasta sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ); 1-5 hasta bakan bireylerin bilgi yönetimi puanı 6-10 hasta bakan, 11-15 hasta bakan ve 16-20 hasta bakan bireylerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ); diğer bakılan hasta sayılarının bilgi yönetimi puanları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Bu durumda 1-5 hastaya bakan hemşirelerin genelde

yoğun bakımda çalıştığını ayrıca yoğun bakımda yatan hastaların çoğu bilinçsiz ya da sedatize olduğu için bilgi yönetimini uygulayamadıkları söylenebilir. Literatürde benzer parametrelerin çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Fiziksel rahatlığın sağlanması puanları, ilaç kontrolü puanları; bilgi yönetimi puanları ve ağrı tanılama puanları, ağrının giderilmesi ile ilgili eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu sonuç hemşirelerin kişisel bilgi ve deneyimlerini, çalışma arkadaşlarıyla yaptığı bilgi aktarımını, hastanın ağrısını gidermek adına etkin bir şekilde kullandığı yorumunu akla getirmektedir.

MC Millan ve ark., yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı yönetimi ve ağrı problemleri konusundaki kararlarının hastaların o anki durumunu tanımlamaktan çok, ağrı ile ilgili kendi tutumları ve yanlış algılamalarından daha fazla oranda etkilendiğini bildirmiştir (84).

Ağrısı olan hastalara bakım veren hemşire ve hekimler ağrı tanılaması ve ağrıyı azaltmada uygulanacak girişimler hakkında bilgili olmalıdır (82). Sağlık ekip üyelerinin tümü için sürekli eğitim gereklidir. Breitbart ve ark. ağrı yönetimi deneyimi ile olumsuz tutum ve engeller arasında zıt ilişki olduğunu saptamıştır. Böylece ağrı yönetimi alanında sağlanan eğitim olumsuz tutumları ve engelleri azaltmaya yardımcı olacaktır (100). Birçok çalışma bilgi ve tutumların eğitim girişimlerinden sonra geliştiğini göstermiştir (116,117,118,119). Araştırmamızda fiziksel rahatlığın sağlanması puanı aldıkları ağrı eğitimini çalışma alanında uygulayan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlaç kontrolü ve bilgi yönetimi puanları ise alınan ağrı eğitiminin, çalışma alanında kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Ağrıyı tanılama

puanları da aldıkları ağrı eğitimini, çalışma alanında uygulayan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuç, hemşirelere verilen ağrı eğitiminin çalışma alanında ağrı azaltma yöntemlerinin kullanılmasında yarar sağladığını göstermektedir.

Uzmanlar tarafından araştırmamızda kullanılan ağrıyı azaltma girişimleri anket formunun ölçek olarak kullanılabilceği söylenmiştir.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuçlar**

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmada, elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuç elde edilmiştir.

- Hemşirelerin ağrı azaltma girişimlerini %57,8 oranında iyi, %34,7 oranında çok iyi bildiği bulunmuştur.

- Hastanemizde çalışan hemşirelerin %75,4'ü genelde ve her zaman ağrı şiddetini ölçtüklerini belirtmişlerdir.

- Hemşirelerin % 52,8'i her zaman, % 24,6'sı genellikle parenteral yolla; %45,7'si her zaman, % 30,2'si genellikle oral yolla analjezik uygulamaktadır.

- Hemşirelerin %60,8'i ağrıyı gidermek amacıyla gerektiğinde ve bazen masaj uyguladıklarını belirtmişlerdir.

- Çalışmaya katılan bireyler çoğunlukla hastalara ilacın kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi vermektedir( %53,8 her zaman, %27,1 genellikle).

- Hemşireler hastayla ilgili verileri toplayıp, kaydedip, dökümantasyon sistemine aktardıklarını belirtmişlerdir.

- Ağrıyı azaltma girişimleri alt gruplarının sorularından alınan ortalama puanlarda en yüksek puanı bilgi yönetimi, en düşük puanı fiziksel rahatlığın sağlanması almıştır.

- Yoğun bakım ünitelerinde hastaların fiziksel rahatlığının sağlanmasına daha çok önem verilmektedir.

- Ağrıyla ilgili alınan eğitim hemşirelere, çalışma hayatında ağrıyı azaltma yöntemlerinin kullanılmasında yarar sağlamaktadır.

## **6.2. Öneriler**

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Eğitim durumundan kaynaklanan farklılıkların azaltılması için eğitim durumu standartlaştırılmalıdır.

- Hemşirelik okullarında ağrı ve ağrı kontrolü konularına daha çok önem verilmelidir.

- Hizmet içi eğitim konuları içinde ağrı, ağrı kontrolü ve ağrının sistemler üzerindeki etkilerine yer verilmelidir.

- Ağrı ile ilgili çalışma sayısı artırılmalıdır.

- Ağrı kontrolünde non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemler birlikte kullanılmalıdır.

- Hastanın rutin klinik gözlemlerine ağrı değerlendirilmesinin de eklenmesi uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. ÖZTÜRK, H., Cerrahi Ağrı Nedeni, Etkileri ve Cerrahi Ağrı Neden Geçirilmeli, 1.Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Bursa, 2002, 117-125.
2. DİCLE, A., DİRİMEŞE, E., Ağrı Tanılamasında Hemşirenin Rolü ve Kanıta Dayalı Rehberlerin Önerileri, 8.Ulusal Ağrı Kongresi Program&Özet Kitabı, 2005, P-20, 137.
3. KESKİN, S., AĞRI/www.zhsyo.nigde.edu.tr/meslekesaslari/mel.ppt, 2007.
4. ŞAHİN, U., Türk Anesteziyoloji Derneği (TARD), Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi, 2005, 3- 5.
5. ÖZYALÇIN, N.S., Ağrı Nörofizyolojisi, Akut Ağrı, Güneş Kitapevi, Ankara 2005, 2-36.
6. ÖZKAN, A., Kanser Hastalıklarında Ağrı Değerlendirmesi, XIII. Türk Pediatrik Onkoloji Grubu, Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı, 189- 192.
7. ETİ, Z., Akut Ağrı Servisi Organizasyonu. Yücel A.(Ed)., Postoperatif Analjezi, Mavimer Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2004, 235- 239.
8. [http://www.ağrı.com.tr/ağrı ve ağrı kontrolü.doc](http://www.ağrı.com.tr/ağrı_ve_ağrı_kontrolü.doc).
9. YURTASLAN, A., Kanserde Ulusal Sorunlarımız, <http://www.onkoloji.gov.tr>, 11.01.2007.
10. YILDIRIM, Y.K., UYAR, M., Etkili Kanser Ağrı Yönetimindeki Bariyerler, Ağrı, 2006, 18: 3, 13 -17.
11. GÜLEÇ, G., GÜLEÇ, S. , Ağrı ve Ağrı Davranışı, Ağrı, 2006, 18: 4, 5 - 9.

12. YÜCEL, A., ÇİMEN, A., Nöropatik Ağrı: Mekanizmalar, Tanı ve Tedavi, Ağrı, 2005, 17:1,5 -13.
13. ULUDAĞ, B., Ağrı Hafızası, Ağrı, 17: 4, 10 -16, 2005.
14. UYAR, M., et al. , Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ağrı, 2005, 17: 4, 17 -22.
15. ÖZER, S., et al., Hemşirelerin Ağrı ile ilgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi, Ağrı, 2006, 18: 4, 36 -43.
16. YAĞIZ ON, A., Ağrı tedavisinde Soğuk Uygulamalar, Ağrı, 2006, 18: 2, 5 -14.
17. AYDINLI, I., Ağrı, Kanserde Destek Tedavisi ve Yenilikler Sempozyumu, 2001
18. ERDİNE, S., Ağrı Sendromları ve Tedavi, 02.06.2007, <http://www.algoloji.org.tr/etkinlikler-kitap.asp?unit=0>.
19. HARSTALL, C., OSPINA, M., How Prevalent Is Chronic Pain?, Pain Clinical Updates, IASP 2003, 11(2): 1-5.
20. ERDİNE, S., Ağrı ve Etik, <http://www.algoloji.org.tr/etkinlik-kitap>, 2006.
21. ERDİNE, S. ,Ağrılar Bülteni, <http://www.agritr.com/agriindex.html>, 2007.
22. ERER, B., GÜL A., Enflamatuvar Ağrı ve Yeni Tedavi Hedefleri, Ağrı, 2005, 17: 4, 5 -9.
23. YARIŞ, N., Ağrı Tedavilerinde Terapi, <http://www.donusumkanagi.net/makale.asp?id=4014&baslik=Agri.tedavilerinde-terapi&i=kognitif-terapi>.
24. KESKİN, A., Operatif Stratejide Ağrının Rolü, Ağrı, 2004, 16: 2, 41 -43.



25. UYAR, M., Akut Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi ve Ölçümü, Özyalçın N.S. (Eds.), Akut Ağrı, Güneş Kitap Evi, Ankara, 2005, 37-58.
26. METE, H.E., Ağrının Psikososyal Yönü, Ağrı, 2006, 18: 1, 20-25.
27. İNAN, N., et al., Yansıyan Omuz Ağrısı, Ağrı, 2004, 16:2, 44-46.
28. ALON, E., KNESSI, P., Postoperatif Ağrı Tedavisi, Ağrı, 2000, 13:2, 9-14.
29. GER, L.P., et al., Physicians's Knowledge and Attitudes Toward The Use of Analgesic for Cancer Pain Management: A Survey of Two Medical Center In Taiwan, J Pain Symptom Manage, 2000, 20(5): 335-344.
30. KARAÇAY, P., et al., Acil Travma Ünitelerinde Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Belirlenmesi, Ağrı, 2006, 18:1, 44-51.
31. BERKER, E., DİNÇER; N.,: Kronik Ağrı ve Rehabilitasyonu, Ağrı, 2005, 17:2, 10-16.
32. AKTAŞ, Ö., Sıçanlarda İnfiltrasyon Anestezisinde Kullanılan Ropivakainin Farklı Konsantrasyonlarda Yara İyileşmesi Üzerine Etkisinin Histopatolojik ve Sintigrafik Olarak Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
33. GÜRKÖK, S., et al., Pektus Deformitesi Düzeltildiği Sonrası Epidural Kateter Bolus, Epidural Kateter Devamlı İnfüzyon ve Parenteral Sistemik Analjezi Etkinliğinin Karşılaştırılması, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2000, 8:3, 701-702.
34. [http://www.cinsel-bilgi.com/kanser\\_kanser\\_agrisi\\_tanimi\\_ve\\_degerlendirilmesi\\_-555.html](http://www.cinsel-bilgi.com/kanser_kanser_agrisi_tanimi_ve_degerlendirilmesi_-555.html), 2000.

35. ÖZYALÇIN, N.S., Kanser Ağrı Kontrolünde Strateji, [http://www.tr.net/saglik/genel\\_saglik\\_kanser\\_agri\\_tedavi.shtml](http://www.tr.net/saglik/genel_saglik_kanser_agri_tedavi.shtml), 2007.
36. KITCHALL, R.L., Problems In Defining Pain and Perigenal Mechanisms of Pain J. Am Vet. Med Assoc., 1987, 191: 1195-1199.
37. DOLIN, S.J., et al., Effectiveness of Postoperative Pain Management, Br J Anaesth, 2002, 89: 23-409.
38. KOCAMAN, G., Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Kitabevi , İzmir, 1994.
39. ASLAN, E., Ağrı, Yorgunluk, Uykusuzluk, M.Ü. Onkoloji Hemşireliği H.İ.E. Kurs Kitapçığı, 2001, İstanbul.
40. MILTON, L.C., Principles of Pain and Management, In, Hochberg, M.C., Silman, A.J., Smolen, J.S., Weinblatt, M.E., Weisman, M.H., (Eds.), Rheumatology, Mosby, 2003, 369-375.
41. CODERRE, T., et al., Contribution of Central Neuroplasticity to Pathologic Pain: Review of Clinical and Experimental Evidence, Pain, 1993, 52: 259-285.
42. CAMPBELL, L.C., et al., Persistent Pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective, Biol Psychiatry, 2003, 54: 399-409.
43. COVIC, T., et al., The Role of Passive Coping and Helpness in Rheumatoid Arthritis, Depression and Pain, J App Health Beh , 2001, 4: 31-35.
44. BURNS, J.W., et al., Cognitive and Physical Capacity Process Variables Predict Long-Term Outcome After Treatment of Chronic Pain, J Consult Clin Psychol, 1998, 98: 434-439.

45. CODA, A.B., BONİCA, J.J., General Considerations of Acute Pain, In Loeser, J.D., (ed), Bonica's Management of Pain, 3rd. Edition, Lippincott, Williams&Wilkins, Philadelphia, 2001, 659-703.
46. ÖNAL, A., Kanser Ağrısı, Erdine,S. (ed.), 2. Baskı Nobel Matbaacılık, 2002, 397- 408.
47. LEMA, M.J., et al., Cancer Pain, In Raj, P.P. (ed.), Practical Management of Pain 3rd Edition, Mosby, INC, Philadelphia, 2000, 241-253.
48. PASERO, C., Pain The Emergency Department, AJN, 2003, 103(7): 73-74.
49. SELBST, M., CLARK, M., Analgesic Use In The Emegency Department, Annals of Emegency Medicine, 1990, 19: 1010-1013.
50. ETİ ASLAN, F., Politravmada Acil Bakım, Şelimen, D., (ed.), Acil Bakım, 3. Basım, İstanbul, Yüce Yayım, 2004, 207-229.
51. ETİ ASLAN, F., Ağrıya İlişkin Yanılgı ve Gerçekler, Sendrom, 2002, 14 (4): 94-98.
52. SEMONIN HOLLERAN, R., The Problem of Pain In Emergency Care The Nursing Clinics of North America, 2002, 37 (1): 67-78.
53. SILKA, P.A., et al., Patterns of Analgesic In Trauma Patients In The ED., American Journal of Emegency Medicine, 2002, 20(4):298-302.
54. ZOHAR, Z., et al., Pain Relief In İsraeli Perspective, The Journal of Trauma, 2001, 51(4) : 767-772.
55. BARIŞ, B., et al., Preemtif Analjezi, Sendrom, 1999, 11 (1): 110-111.
56. BİLEN. A., Travma ve Ağrı, Sözüer E. (Ed.), Acil Yardım ve Travma El Kitabı, Ankara, Feryal Matbaacılık, 1997, 425-437.

57. URDEN, L.D., et al., Pain and Pain Management, Critical Care Nursing Diagnosis and Management, Fourth Edition, St Louis : Mosby Company, 2002,121-138.
58. BARAN,G., GÖZ,F.,Ağrı ve Ağrılı Hastada Hemşirelik Süreci, Sendrom, 2001, 13 (4): 110-114.
59. CARPENTO J.L., Acute Pain, Nursing Diagnosis, Newyork , Lippincott, 1997, 190-207.
60. AYDINLI, T., Analjezik Kullanım İlkeleri, Erdine, S. (Ed.), Ağrı, 1. Basım, İstanbul, Alemdar Ofset, 2000, 479-484.
61. GÜZELDEMİR, E., Ağrı ve Tedavisi,Yegül, İ. (Ed.), Ağrı ve Tedavisi, İzmir, Yapım Matbaacılık, 1993, 43-57.
62. ERSEK, M., POE C.M., Pain, Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., Dirkses, S.R. (Eds.), Medical Surgial Nursing, Sixth Edition, Mosby, 2004, 131-157.
63. ETİ ASLAN, F., Travmada Ağrı, Şelimen D. (Ed.), Acil Bakım, 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayım, 2004, 207-229.
64. CAZZOLA, M., et al., Pain in Fibromyalgia Syndrome, J. Funct Synd., 2002, 2 (11): 57-68.
65. SONG, S., CARR, B., Pain and Memory, Pain Clinical Updates IASP, 1999, 7(1): 1-4.
66. ERDİNE,S., Postoperatif Ağrı Tedavisi, Ağrı, Genişletilmiş 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, 118-135.
67. COVINO, B.G., Local Anesthetics, In : Ferrante, F.M., Postoperative Pain Management, United States of America, Churcill Livingstone Inc., 1993, 211-253.

68. BOSENBERG, E.T., et al., Thoracic Epidural Anesthesia Via Caudal Route Infant, J. Anest.,1988, 69: 9-265.
69. JAMES, M.F., et al., Inntavenous Tramadol Versus Epidural Morphine For Postthorocomotomy Pain Relief: A Plasebo Controlled Double Blind Trial, J Anesth Analg, 1996, 83: 87-91.
70. DESPARTMENT, J., et al., Continuous Thorocic Epidural Infusions of Bupivacaine For Postoperative Pain Relief in Children, J Anest 1987, 67: 10-108.
71. WHITNEY, J., et al., Continuous Thorocic Epidural Infusions For Postoperative Analgesia After Pectus Deformity Repair, J Pediatr Surg, 1996, 31: 8-105.
72. KITCHALL, R.L., Problems In Defining Pain and Perigenal Mechanisms of Pain, J Am Vet. Med.Assoc., 1987, 191:1195-1199.
73. ETİ ASLAN, F., Akut Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü, Akut Ağrı, Özyalçın, N.S.(ed.), Güneş Kitapevi, Ankara, 2005, 303-329.
74. KOCAMAN, G., Ağrı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1998, 175-198.
75. RAWAL, N., Postoperatif Ağrı Tedavisi, Ağrı, Erdine, S.(ed.), 1. Basım, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000, 121-141.
76. ERDİNE, S., Ağrı Mekanizmaları, Ağrı, Erdine, S.(ed.), Nobel Kitapevi, 2000, 20-29.
77. YÜCEL, A., Visseral Ağrı, Ağrı, Erdine, S. (ed.), Nobel Tıp Kitapevi, 2000, 120-123.
78. ETİ ASLAN, F., Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü., Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1): 9-16.

79. ETİ ASLAN, F., Postoperatif Ağrının Bireysel Özelliklerle İlişkisi, Türk Hemşireler Dergisi, 1997, 47(6): 3- 8.
80. ÖZER, N., BÖLÜKBAŞI, N., Postoperatif Dönemdeki Hastaların, Ağrıyı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 4(1): 7-17.
81. HEALTH, M.L., The Use of Pharmacology in Pain Management, In Thomas,V.N. (ed), Pain: Its Nature and Management, Bailliere Tindal, London, 1998, 93-107.
82. TAFAS, C.A., PATİRAKİ, E., et al., Testing An Instrument Measuring Grek Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain, Cancer Nurs., 2002, 25(1): 8-14.
83. YÜCEL, A., Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü, Ağrı, Erdine, S.(ed), 1. Basım, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000, 695-698.
84. MC MILLAN, S.C. et al., Knowledge and Attitudes of Nurses in Veterons Hospitals about Pain Management in Patients with Cancer, Oncology Nursing Forum, 2000, 27(9) : 1415- 1423.
85. RAND, M.E.J. et al., A Pain Monitoring Program for Nurses : Effect on Nurses' Pain Knowledge and Attitude, Journal of Pain and Symptom Management, 2000, 19(9) : 457- 467.
86. PATIRAKI – KOURBANI, E., et al., Personal and Professional Pain Experiences and Pain Management Knowledge among Greek Nurses, Internal Journal of Nursing Studies, 2004,41: 345– 354.

87. LÉBOUITS, A.H., et al., Pain Knowledge and Attitudes of Healthcare Providers: Practice Characteristic Differences, *Clinical Journal of Pain*, 1997, 13: 237– 243.
88. SALENTERA, S. et al., Nursing Activities and Outcomes of Care in the Assessment, Management and Documentation of Children's Pain, *Journal of Pediatric Nursing*, 1999,14(6) : 408 - 414.
89. NASH, R. , et al., Pain and Administration of Analgesia : What Nurses say: *Journal of Clinical Nursing*, 1999, 8(2): 180.
90. CAMP, L.D., O'SULLI VAN, P.S., Comparisons of Medical Surgical and Oncology Patients' Descriptors of Pain and Nurses' Documentation of Pain Assessments *Journal of Advanced Nursing*, 1987, 12: 593-598.
91. CLARKE, E., et al., Practice: The Impact of Nurses Characteristics and Education, *Journal of Pain and Symptom Management*, 1996, 11: 18-31.
92. KLOPFENSTEIN, C.E., et al., Pain Intensity and Pain Relief after Surgery, A Comparison between Patients' Reported Assessment and Nurses' and Physicians' Observations, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2000, 44, 58- 62.
93. GROSS, T., et al., Pain Management in Surgical Wards, Quality and Solutions for Improvement in the Early Postoperative Period, *Chirurg* 2002, 73: 818- 826.
94. American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section, Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. *Anesthesiology* 1995, 82: 1071– 1081.
95. RAWAL, N., Acute Pain Services Revisited – Good from Far, Far from Good? *Reg Anesth Pain Med* 2002, 27: 117– 121.

96. RAWAL, N., 10 Years of Acute Pain Services – Achievements and Challenges, *Reg AnesthPain Med*, 1999, 24 : 68– 73.
97. BREIVIK, H., How to Implement an Acute Pain Service, *Best Practice and Research Clinical Anesthesiology*, 2002, 16: 527– 547.
98. BOSH, F., BANOS, J.E., Religious Beliefs of Patient and Care Givers as A Barrier to the Pharmacologic Control for Cancer Pain, *Clin Pharmacol Ther*, 2002 Aug., 72(2) : 107– 111.
99. BROCKOPP, D.Y., et al., Barriers to Change : A Pain Management Project, *Int J. Nurs. Stud*, 1998 Aug., 35: 226– 232.
100. SWENSON, C.J., Pain Management. In Otto S. Editors, *Oncology Nursing*, Fourth Edition, Mosby, 2001, 865– 916.
101. PARGEON, K.L., HAILEY, B.J., Barriers to Effective Cancer Pain Management : A Review of the Literature, *J Pain Symptom Manage*, 1999 Nov. , 18(5) : 358– 368.
102. REDMOND, K., Organizational Barriers in Opioid Use, *Support Care Cancer*, 1997 Nov. ,5(6) : 451– 456.
103. RIDDELL FITCH, M.C., Patients' Knowledge of and Attitudes toward the Management of Cancer Pain. *Oncol Nurs Forum*, 1997 Nov – Dec, 24(10) : 1775– 1784.
104. CLARKE E.B., et al., Patient Management Knowledge, Attitudes and Clinical Practice: The Impact of Nurses' Characteristics and Education, *J Pain Symptom Manage*, 1996 Jan. 11: 18– 30.
105. JOSE CLASS, S., Pain and Elderly Patients: A Survey of Nurses' Knowledge and Experience, *J Adv. Nurs* 1996, 23: 237– 242.



106. MC CAFFERY, M., Pain Control, Barriers to the Use of Available Information, World Health Organization Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care, *Cancer* 1992 Sep. 1: 70(5 suppl): 1448– 1449.
107. VORTHERMS, R., et al., Knowledge of Attitudes toward, and Barriers to Pharmacologic Management of Cancer Pain in A Statewide Random Sample of Nurses, *Res Nurs Health* 1992 Dec. 15(6): 459– 466.
108. HEAVEN, C.M., MAGUIRE, P., Training Hospice Nurses to Elicit Patient concerns. *J Adv Nurs*, 1996 Feb. , 23(2) : 280– 286.
109. FURSTENBERG, C.T., et al., Knowledge and Attitudes of Health– Care Providers toward Cancer Pain Management: A Comparison of Physicians, Nurses and Pharmatists in The State of New Hamps– Hire. *J. Pain Symptom Manage*, 1998 Jun. , 15(6) : 335– 349.
110. KIM, J.E., et al., The PRO– SELF Pain Control Program Improves Patients’ Knowledge of Cancer Pain Management. *Oncol. Nurs. Forum* 2004 Nov., 31(6) : 1137– 1143.
111. CLEELAND, C.S., et al., Factors Influencing Physiicians Management of Cancer Pain, *Cancer* 1986 Aug. 58: 796– 800.
112. FERRELL. BR., Pain Management for Elderly Patients with Cancer at Home. *Cancer* 1994 Act, 74(7, suppl) : 2139– 2146.
113. WARD, S., et al., An Individualized Intervention to Overcome Patient– Related Barriers to Pain Management in Women with Gynecologic Cancer, *Res Nurs. Health*, 2000 Oct. , 23(5) : 393– 405.
114. FRISCHENSCHLAGER, O., PECHER, I., Psychological Management of Pain, *Disability and Rehabilitation* 2002, 24(8): 416– 422.

115. DE WITT, R., et al., A Pain Education Programme for Chronic Cancer Pain Patients Follow up Results from A Randomized Controlled Trial, *Pain* 1997 Oct. , 73(1): 55– 69.
116. WEISMANN, D.E., DAHL, J.L., Update on the Cancer Pain Role Model Education Program. *J Pain Symptom Manage* 1995 May. ,10(4) 292– 297.
117. MAX, M.B., Improving Outcomes of Analgesic Treatment : is Education Enough? *Ann Intern Med* 1990 Dec. 1: 113(11): 885 – 889.
118. MC CAFFERY, M., et al., Nurses' Knowledge of Opioid Analgesic Drugs and Psychological Dependence, *Cancer Nurs* 1990, 13: 21– 27.
119. DEGNER, L.F., et al., Implement ing A Program to Control Choronic Pain of Malignant Disease for Patients in on Extended Care Facility. *Cancer Nurs*, 1982, 5(4): 263– 268.
120. PUNTILLO, K.A., et al., Practices and Predictors of Analgesic Interventions for Adult Undergoing Painful Procedures. *American Journal of Critical Care* 2002, 11(5) : 415– 429.
121. CURKOVIC, B., et al., Influence of Heat and Cold on the Pain Thres Hold in Rheumotoid Arthritis. *Z Rheumatol* 1993, 52: 289– 291.
122. MILLER, C.B., WEBER, R.L., The Effects of Ice Massage on An Invidual's Pain Tolerance Level to Electrical Stimulation *J Orthop Sports Phys Ther* 1990, 12: 105– 109.
123. BENSON, T.B., COPP, E.P., The Effects of Theropeutic Forms of Heat and Ice on the Pain Threshold of the Normal Shoulder, *Rheum Rehabil* 1974,13: 101– 104

124. MC MEEKEN, J., et al., Effects of Cooling with Stimulated Ice on Skin Temperature and Nerve Conduction Velocity, Aust J Phys 1984, 30: 111– 114.
125. LEE, J.M. P., et al., Effects of the Ice on Nerve Conduction Velocity Physiotherapy ,1978, 64: 2– 6.
126. DE JESUS, P., et al., The Effect of Cold on Nerve Conduction of Human Slow and Foot Nerve Fibers, Neurology , 1973, 23: 1182– 1189.
127. DEĞİRMEN, N., Sezeryan Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El ve Ayak Masajının Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
128. ÖZBERKSOY, A., Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
129. CLEELAND, C.S., Barriers to The Management of Cancer Pain, Oncology, 1987, 1(2) :19- 26.
130. GUNNARSDOTTIR, S., et al., Patient-related Barriers to The Pain Management: The Icelandic Barriers Questionnaire, II J. Pain Symptom Manage, 2005, 29(3): 273- 285.
131. [http://www.cancer.org/downloads/CRI/NCNN\\_pain.pdf](http://www.cancer.org/downloads/CRI/NCNN_pain.pdf)
132. POTTER, V.T., et al., Patient Barriers to Optimal Cancer Pain Control, Psychooncology, 2003, 12(2):153-160.

## 8. EKLER

### Ek-1

Değerli Sağlık Personeli Arkadaşlarım;

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ağrıyı azaltmaya yönelik girişimlerini tespit etmek amacı ile uygulanacaktır. Soruları bilimin gelişmesine katkıda bulunmak için etkin bir şekilde cevaplamanızı rica ediyorum.

Vereceğiniz cevapların gizliliği korunacaktır.

Saygılarımla,

Doç.Dr. Lütfiye PİRBUDAK ÇÖÇELLİ  
Hemşire B.Deniz BACAKSIZ

1)Yaş grubunuz?

- 1- 16-21 yaş
- 2- 22-27 yaş
- 3- 28-33 yaş
- 4- 34 yaş ve üzeri

2) Cinsiyetiniz?

- 1- Kadın
- 2- Erkek

3) Mesleğiniz?

- 1- Hemşire
- 2- Sağlık Memuru
- 3- A.T.T
- 4- Diğer...

4) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 1- 1 yıl ve aşağısı
- 2- 2-5 yıl
- 3- 6-9 yıl
- 4- 10 yıl ve üzeri

5) Eğitim durumunuz nedir?

- 1- Sağlık lisesi
- 2- Ön lisans
- 3- Lisans
- 4- Yüksek lisans ve üzeri

6) Ünvanınız nedir

- 1- Servis hemşiresi
- 2- Sorumlu hemşire
- 3- Öğrenci hemşire

7) Hangi serviste çalışıyorsunuz?

- 1- Dahiliye servisi (dahiliye, nöroloji, enfeksiyon, onkoloji, pediatri, göğüs hastalıkları, dermatoloji, nefroloji, diyaliz)
- 2- Cerrahi servis (genel cerrahi, göğüs cerrahi, üroloji, kulak-burun-boğaz, beyin cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, kadın doğum, göz, ortopedi, plastik cerrahi, çocuk cerrahisi)
- 3- Yoğun bakım
- 4- Diğer ....

8) Günde kaç saat çalışıyorsunuz?

- 1- 8 saat
- 2- 8 saatin üzerinde

9) Genellikle hangi vardiyada çalışıyorsunuz?

- 1- Gündüz
- 2- Akşam
- 3- Gece
- 4- Dönüşümlü vardiya (rotasyonlu olarak)

10) Vardiyanız süresince genellikle kaç hastanın bakımından sorumlusunuz?

- 1- 1- 5 hasta
- 2- 6- 10 hasta
- 3- 11- 15 hasta
- 4- 16- 20 hasta
- 5- 21 hasta ve üzeri

11) Ağrının giderilmesi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

12) 11. soruya yanıtınız evet ise almış olduğunuz eğitimi çalışma alanınızda kullanıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Gereksiz

**Yapılma Sıklığı ; Her zaman : 5**  
**Genellikle : 4**  
**Bazen : 3**  
**Gerektiğinde : 2**  
**Hiçbir zaman : 1**

		1	2	3	4	5
<b>Ağrıyı azaltmak için,</b>						
1. Ağrının yerini tespit ederim	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrının sıklığını saptarım	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrının şiddetini ölçerim	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hastaya uygun pozisyon veririm	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hastanın çevresini düzeltirim	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ağrı bölgesine sıcak/ soğuk uygulama yaparım	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolaşımı hızlandırmak, rahatlığı sağlamak, ağrıyı azaltmak için masaj yaparım	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmayı azaltırım	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tanısal yada tedavi edici işlem esnasında gerekli fiziksel desteği sağlamak, hasta tepkilerini gözlemek için order doğrultusunda sedatif uygulayarak sedasyon sağlarım	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrıyı azaltmak yada yok etmek için farmakolojik ajanları epidural-intratekal boşluğa uygulayırım	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Oral yolla alınan ilaçları hazırlayıp veririm ve hastanın verdiği cevabı izlerim	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Parenteral (İntradermal, intramüsküler, intravenöz) yol izleyerek ilaçları hazırlayıp veririm	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Topikal (mukoz membranlara ve cilde) uygulanacak olan ilaçları hazırlayıp ve uygulayırım	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hasta kontrollü analjezi tedavisini düzenler ve yönetimini kolaylaştırırım (ör: tedavi çizelgesi hazırlamak vb.)	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hastaya ilacın kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi veririm	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hastayla ilgili verileri toplar, klinik kayıtları tutarım	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Orderda olan bilgilerin, hemşirenin yaptığı hasta bakım planına ve dökümantasyon sistemine transferini sağlarım	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Yaptığım girişimleri vardiya bitiminde meslektaşına aktarırım	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Gaziantep'te doğdu. İlköğrenimini, orta öğrenimini Gaziantep'te, lise öğrenimini Gaziantep Süper Lisesi'nde tamamladıktan sonra, 2000 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2004 yılında lisan eğitimini tamamlayıp, aynı yıl Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programını kazandı.

2004 yılından beri Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde 'nde çalışmaktadır.

GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının  
Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi  
Behiye Deniz Bacaksız

Tez Savunma Tarihi: 20.07.2007

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Erdem GÜMÜŞBURUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu Tez'in Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.

Prof. Dr. Servet ÖZGÜR  
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı

Bu tez, tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Lutfiye PİRBUDAK ÇÖÇELLİ  
Tez Danışmanı

Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. Servet ÖZGÜR

Doç. Dr. Lutfiye PİRBUDAK ÇÖÇELLİ

Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU