



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOCAELİ İLİNDE ÇOCUK HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUKLARDA AĞRI
KONTROLÜNE İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARI

AYŞEGÜL ARTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. DUYGU GÖZEN

İSTANBUL 2012



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOCAELİ İLİNDE ÇOCUK HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUKLARDA AĞRI
KONTROLÜNE İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARI

AYŞEGÜL ARTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. DUYGU GÖZEN

İSTANBUL 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşegül ARTAN tarafından hazırlanan **"Kocaeli İlinde Çocuk Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi Durumları"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 12.10.2012

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

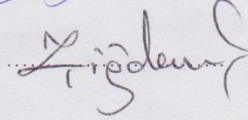
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN
: İst.Üniv.FHN. Fak.(Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Suzan YILDIZ
: İst.Üniv.FHN. Fak



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zerrin ÇİĞDEM
: Bilim Üniv.HYO



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın gerçekleőmesi için gerekli ortamı hazırlayan ve desteklerini esirgemeyen çalışmanın tđm aőamalarında değerli katkıları nedeniyle tez danıőmanım **Yrd. Doç. Dr. Duygu GÖZEN'e** içtenlikle teőekkör ederim.

Ayőegöl ARTAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALARIN LİSTESİ	viii
TABLoların LİSTESİ	ix
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çocuk	5
2.2. Ağrı	6
2.3. Ağrı Fizyolojisi	7
2.3.1. Transdüksiyon	8
2.3.2. Transmisyon	8
2.3.3. Modülasyon	8
2.3.4. Persepsiyon	8
2.4. Ağrının sınıflandırılması	8
2.4.1. Süresine göre ağrı sınıflandırması	9
2.4.2. Etyolojisine göre ağrı sınıflandırması	9
2.4.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması	9
2.5. Çocuklarda Ağrı	10
2.6. Çocukluk Çağında Ağrı Epidemiyolojisi	10

2.7. Çocuklarda Ağrının Etkileri	11
2.8. Çocuklarda Ağrı Belirtileri	11
2.9. Çocuklarda Ağrı gelişimi	12
2.10. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi	13
2.11. Çocuklarda Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler	13
2.11.1. Yenidoğan Ağrı Ölçeği (NIPS)	14
2.11.2. Vizüel Analog Skala (VAS)	14
2.11.3. Wong Baker Ölçeği	14
2.11.4. FLACC Skalası	14
2.11.5. Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği (N-PASS)	15
2.11.6. Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği (EDIN)	15
2.11.7. COVERS Ağrı Skalası (COVERS)	15
2.11.8. PIPP (Prematurite Infant Pain Profile) Skalası	15
2.12. Ağrı değerlendirmesinde hemşirenin rolü	16
2.13. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	19
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi	20

3.7. Araştırmanın Etiği	21
4. BULGULAR	22
4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Alanına İlişkin Özellikleri	22
4.2. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Deneyimleri	24
4.3. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi Durumları	28
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
7. KAYNAKLAR	46
EKLER	55
EK-1 Uzman Görüşleri	55
EK-2 Veri Toplama Formu	56
EK-3 Etik Kurul Onayı	60
EK-4 Sağlık Müdürlüğü İzni	61
ÖZGEÇMİŞ	62

KISALTMALARIN LİSTESİ

AAP	American Association of Pain
COVERS	COVERS Yenidoğan Ağrı Skalası
JCHAO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
FLACC	Face-Legs-Activity-Cry-Consolability Pain Scale
Hst	Hastane
IASP	International Association For the Study of Pain
KW	Kruskal Wallis-H Testi
Mann-U	Mann Whitney-U Testi
N-PASS	Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği
EDIN	Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PIPP	Prematurite Infant Pain Profile
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
UNICEF	The United Nations Children's Fund
VAS	Vizüel Analog Skala
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1	Çocuklarda ağrının etkileri	11
Tablo 2	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 3	Hemşirelerin çalışma alanına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımları	23
Tablo 4	Hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bireysel özellikleri	24
Tablo 5	Hemşirelerin ağrı değerlendirme durumları	25
Tablo 6	Hemşirelerin çocuklarda ağrı değerlendirme ölçeği kullanım durumlarının dağılımı	25
Tablo 7	Hemşirelerin ağrıya yönelik girişimlerinin dağılımı	26
Tablo 8	Hemşirelerin uyguladıkları non-farmakolojik girişimlerin dağılımı	27
Tablo 9	Hemşirelerin ağrıyı iyileştirmede yaşadıkları zorlukların dağılımı	27
Tablo 10	Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi gereksinimi duydukları konuların dağılımı	28
Tablo 11	Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumları	29
Tablo 12	Hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyi sınıflandırması	30
Tablo 13	Sosyodemografik özelliklerin ağrı kontrolü bilgi düzeyi ile ilişkisi	30
Tablo 14	Hemşirelerin mesleki gelişimlerine ilişkin özellikleri ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri	32

ÖZET

Ağrı, hoş gitmeyen fiziksel, duygusal ve psikolojik boyutları olan çok yönlü bir deneyimdir. Çocuklarda ağrıyı değerlendirirken karşılaşılan en önemli sorun ağrılarını doğru ifade edememeleridir (Eti-Aslan, 2002). Tedavi edilmeyen ağrı çocukta biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmasının yanında gelişimsel ve davranışsal sorunlara da neden olmaktadır (AAP, 2001). Etkili ağrı kontrolü hemşirenin doğru bilgi ve değerlendirme becerisine sahip olmasını gerektirir (Ocakçı ve Yiğen, 2004). Araştırma Kocaeli ilinde bulunan özel, devlet ve üniversite hastanelerinin çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler Temmuz 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında bu hastanelerde çalışan 134 hemşireden, uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edilmiştir. Veriler SPSS 17.0 programı ile bilgisayar ortamında yüzde, Kruskal Wallis-H, Mann Whitney-U testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,6'sının mesleği ile ilgili kendi gelişimini destekleyici yayınları takip ettikleri ve %62,7'sinin bilimsel toplantılara katılmadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %81,3'ünün çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin daha önce eğitim almadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %54,5'inin, çocuğun ağrısı olduğu zaman farmakolojik ve non farmakolojik yöntemleri birlikte kullandıkları ve %16,4'ünün zaman yetersizliği nedeniyle ağrı kontrolünde zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %70,1'inin çalıştıkları klinikte ve %85,8'inin bireysel olarak ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadıkları görülmüştür. Hemşirelerin ağrı tedavisinde farmakolojik yöntemleri, non-farmakolojik yöntemlerden daha çok uyguladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyleri 22 puan üzerinden $14,53 \pm 1,72$ bulunmuştur. Araştırmada hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyinin ortalamanın biraz üzerinde olduğu ancak yeterli olmadığı, ağrı kontrolünde çeşitli çevresel zorluklar yaşandığı ve hemşirelerin bağımsız fonksiyonu olan non-farmakolojik ağrı tedavi yöntemlerinin kullanım oranının çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Ağrı, ağrı kontrolü, çocuk hasta, hemşire, non-farmakolojik yöntemler, pediatri hemşiresi.

SUMMARY

Knowledge status of nurses working at children's diseases clinics in Kocaeli in respect of pain control in children

Pain is a multi-faceted experience which has disagreeable physical, emotional, and psychological dimensions. The most important problem encountered in assessing pain in children is their inaccurate pain expression (Eti-Aslan, 2002). Untreated pain causes developmental and behavioral problems beside biological, psychological and social problems in children (AAP, 2001). Effective pain control requires the right knowledge and assessment skills of a nurse (Ocakçı and Yiğen, 2004). Research was carried out as a descriptive study with nurses working at children's diseases clinics at private, state and university hospitals in the province of Kocaeli and it was aimed to determine the information status of nurses about the control of pain in children. Data were collected between July 2011-February 2012 from 134 nurses working in these hospitals by face to face interview using a questionnaire prepared according to expert opinions. Data analysed virtually with the SPSS 17.0 program with percent, Kruskal Wallis-H and Mann Whitney-U tests. It is established that 71.6% of the nurses participating in the study were following the publications that support their own development related to their profession and 62.7% were not participating in scientific meetings. It is found that 81.3% of nurses did not receive any education on the control of pain in children previously. Nurses, 54.5% of the child pharmacological and non-pharmacological methods of pain when used together, and 16.4% stated that they experienced difficulty controlling pain due to lack of time fame. It was found that 85.8% of nurses individually and 70.1% at the clinic were not using a pain rating scale. It was established that nurses applied pharmacological methods more than non-pharmacological methods in treatment of pain. It was found that knowledge level of pain control of nurses was 14.53 out of 22 points. In the research, it was established that the knowledge level of pain control of nurses was slightly above average but not sufficient, various environmental challenges at pain control were experienced and the applying rate of non-pharmacological pain treatment methods which were the independent function of nurses was very low.

Key words: Pain, pain control, pediatric patients, nursing, non-pharmacological methods, pediatrics nurse.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, hoşla gitmeyen fiziksel, duygusal ve psikolojik boyutları olan çok yönlü bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi komitesinin (International Association for the Study of Pain: IASP) tanımına göre; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan veya olmayan bireyin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (Eti-Aslan, 2002; Salanterä, 1999). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi ağrının algılanması, tanımlanması ve ağrıya verilen tepki bireysel farklılıklar göstermektedir. Bireysel farklılıklar ağrının objektif değerlendirmesini güçleştirmektedir. Ağrı değerlendirmesinde bireyin yaşı, fiziksel, psikolojik, sosyal ve içinde bulunduğu çevresel faktörler dikkate alınmaktadır (Salanterä, 1999). Çocuklarda ağrıyı değerlendirirken karşılaşılan en önemli sorun dil gelişimlerinin yetersiz olması nedeniyle sözel olarak ağrılarını doğru ifade edememeleridir (Eti-Aslan, 2002).

Tedavi edilmeyen ağrı çocukta biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmasının yanı sıra gelişimsel ve davranışsal sorunlara da neden olmaktadır (AAP, 2001). Yenidoğan döneminde yaşanan ağrı deneyimlerinin ileriki yaşlarda bireyin ağrılı uyarılara verdiği tepkiyi etkilediği bilinmektedir (Sönmez, 2009; Derebent ve Yiğit, 2006).

Etkili ağrı kontrolü doğru bilgi, tutum ve değerlendirme becerisi gerektirir (Ocakçı ve Yiğen, 2004). Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran özellikler; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, en erken dönemde ağrıyı fark edebilmesi, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini gözlemlemesi, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşım ile aileye rehberlik ve destek sağlamasıdır (Salanterä, 1999; Holaday et al., 1999).

Ağrı kontrolü ile ilgili çalışmalar genellikle klinik gözlem, akut ağrı tanınması ve tedavisine yönelik çalışmalarla sınırlı kalmaktadır (Hamers, 1994). Sağlık ekibi üyelerinin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi eksikliği birçok çalışmada (Heye, 1999; AAP, 2001; Vincent, 2005) vurgulanmıştır.

Bu bilgiler ışığında çalışma; ağrı kontrolünde en önemli role sahip sağlık ekibi üyesi olan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Ağrı kavramı son yıllarda hemşirelik biliminin önemli ilgi alanları arasında yer alarak beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmiştir (AAP, 2001; Sönmez, 2009). Bunun yanında çocuklarda ağrı ile ilgili çalışmalara ise 1980'li yıllarda başlanmıştır (Özyalçın ve Dinçer, 2007; Derebent ve Yiğit, 2006; Sarıkaya Karabudak ve Bal Yılmaz, 2009). Gelişimsel yetersizlikleri nedeniyle ağrısını ifade etmekte güçlük yaşayan çocukların ağrı değerlendirmesi çocuk hemşirelerinin gözlemleri doğrultusunda gerçekleştirilebilir (Sarıkaya Karabudak ve Bal Yılmaz, 2009). Bu kapsamda genel bilgilerde çocuk, ağrı ve çocuk hemşireliğinde ağrı kavramları yer almıştır.

2.1. Çocuk

UNICEF'e göre 18 yaşın altındaki her insan çocuk olarak kabul edilir (Hodgkin and Newell, 2007). Çocuklar fiziksel, fizyolojik, duygusal, sosyal ve psikolojik özellikleri nedeniyle yetişkinlerin bakım ve desteğine gereksinimi olan bireylerdir. Çocuğu yetişkinlerden ayıran en önemli özelliği büyüme ve gelişmesidir.

Çocukluk Dönemi ve Özellikleri

Çocukluk çağı doğumdan itibaren başlayıp 18 yaşına kadar devam eder. Büyüme ve gelişme özelliklerine göre çocukluk çağı kendi içinde dönemlere ayrılmaktadır.

Yenidoğan dönemi: Doğumdan itibaren yaşamın ilk 28 gününü kapsayan, bebek ölümlerinin en fazla görüldüğü bu dönem dış dünyaya adaptasyon dönemidir (Yiğit, 2009).

Süt Çocukluğu dönemi: 1 ay-12 aylar arasını kapsayan fiziksel büyümenin oldukça hızlı olduğu çocukluk dönemidir. Bu dönem motor, mental ve sosyal gelişmenin de en hızlı olduğu dönemdir (Yiğit, 2009)

Oyun çocukluğu dönemi: 1-3 yaş aralığını kapsayan dönemdir. Bu dönemde çocuk dış çevreye uyum sağlama ve sosyalleşme çabası içindedir. Oyun psikososyal gelişimini destekleyen önemli bir araçtır. Fiziksel gelişimin daha yavaşladığı ancak konuşma, yürüme, motor fonksiyon gelişiminin hızlandığı hareketli bir dönemdir. Bu yaş grubu çocuklar dış çevreyi öğrenme çabası içinde olduklarından meraklı yapıya sahiptir (Yiğit, 2009).

Okul öncesi çocukluk dönemi: 3-6 yaş arasını kapsar. Bu dönemde fizik, motor, mental gelişme artık belirginleşmiştir. Temel alışkanlıklar kazanılır. Çocuğun bu dönemde çevreyle iletişimi ve sosyal etkileşimi artar (Yiğit, 2009).

Okul çocuğu dönemi: 6-12 yaş arasını kapsayan okul dönemindeki çocuktur. Bu dönemde aileden çok arkadaş çevresi önem kazanmaya başlamıştır. Öğrenme ve sosyal etkileşimin aktif olduğu çocukluk dönemidir (Yiğit, 2009).

Ergenlik dönemi: Ortalama 10-20 yaş arasını kapsayan dönemdir. Adolesan dönem olarak da adlandırılan bu dönem çocukluktan çıkıp yetişkinliğe geçiş aşamasıdır. Adolesan dönemde büyüme, hormonların da etkisiyle hızlanır, fizik, motor, mental, sosyal gelişmenin yanı sıra ve emosyonel değişim ve gelişimde olmaktadır.

Çocuklarda fiziksel büyüme dönemlere özgü hızlanma ya da yavaşlama göstererek ergenlik döneminin sonuna kadar devam eden dinamik bir süreçtir. Fiziksel büyümede vücut ağırlığı, iskelet kemik gelişimi, nöromotor gelişim ve duyu organlarının gelişimi yer almaktadır (Yiğit, 2009).

2.2. Ağrı

Ağrı tanımı güç, karmaşık ve bireysel algılara göre değişen bir kavramdır (Akyürek ve Conk, 2006; Güler, 2006). Bu nedenle ağrı kavramını açıklamak için birçok tanım yapılmıştır. Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre ağrı; vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acıdır (TDK, 2011). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) vücudun herhangi bir yerinde başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Aydın, 2002; Zempsky and Schechter, 2003). Ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen, çevresel ve bireysel etmenlere bağlı olarak değişen gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya böyle bir hasar ile açıklanan hoş olmayan duyusal ve duygusal subjektif bir deneyimdir. (AAP, 2001; Emir ve Cin, 2004; Güleç ve Güleç, 2006). Kişi bu deneyimi yaşamı boyunca karşı karşıya kaldığı ağırlı uyaranlarla kazanır. Birçok kişi doku harabiyeti ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu ifade edebilir. Bu ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan sensoryal bir duygu olarak algılanır, emosyonel komponentle taşınır. Bu

duyumu doku harabiyeti ile birlikte olan duyumdan ayırt etmek mümkün değildir (Güler, 2006).

Amerikan Ağrı Birliği (American Association of Pain: AAP) ağrı yönetiminin bakımda önemli bir parça olduğunu göz önüne alarak, bunun önemine odaklanmak ve sağlık bakım profesyonellerinin ağrı yönetimi konusunda duyarlılığını artırmak için ağrının beşinci yaşam bulgusu olduğunu bildirmiştir. Ağrı beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilmesinin amacı hastaların kan basıncı ve nabız gibi yaşam bulgularının yanı sıra ağrıların da değerlendirilmesi gerektiğinden kaynaklanmaktadır (Lynch, 2001; Yıldızeli Topçu, 2008). Kişi vücudunda ağrı tanımlıyorsa bu ağrı olarak kabul edilmelidir (Güler, 2006). Ağrı hastanın ifadesi doğrultusunda tanımlanır (Özer ve Bölükbaşı, 2001, Bacaksız, 2007).

Ağrı her zaman kişiye özeldir ve bireysel farklılıklar taşır (Yentür, 2007; Özer ve Bölükbaşı, 2001; Düzel, 2008). Bu farklılıklar cinsiyet ve yaşa göre de değişiklikler gösterir (White and Harth, 2003). Ağrı her yaşta deneyimlenebilmektedir, ancak ağrıyı algılama ve ifade etme şekli yaşa göre değişir (Ay ve Alpar, 2010; Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu, 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Vücutta yolunda gitmeyen olayların oluştuğunu haber vermesi nedeniyle ağrı, özellikle şikâyetlerini tam olarak ifade edemeyen küçük çocuklarda daha dikkatli değerlendirilmesi gereken bir özelliktir (Sönmez, 2009).

Herhangi bir hastalık, travma veya çeşitli tıbbi girişimlere bağlı olarak ortaya çıkan ağrı genellikle yetersiz değerlendirilmektedir (Emir ve Cin, 2004). Çocuğun yaşantısını fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilediğinden ağrının kontrol altına alınması önemlidir (Sönmez, 2009; Elçigil, 2011). Ağrı yönetimi konusunda teknolojik kaynaklar ve bilginin artmasına karşın hastanede yatan pek çok hasta halen ağrıyı deneyimlemektedir (Özer ve ark., 2006).

Ağrı kavramı son yıllarda hemşirelik biliminin önemli ilgi alanlarından biri olmuştur. Ağrı ile ilgili araştırmalar ilk çağlara kadar uzansa da, nörofizyolojik olarak değerlendirilmesi 19. yy'ı bulmuştur (Güleç ve Güleç, 2006).

2.3. Ağrı Fizyolojisi

Ağrının fizyolojisindeki mekanizma çevre ile sinir sistemi arasındaki ilişkiyi sağlayan dört önemli aşamadan oluşur. Bu aşamalar transdüksiyon, transmisyon, modülasyon, persepsiyon olarak sınıflandırılır ve bu sürece nosisepsiyon adı verilir.

2.3.1. Transdüksiyon:

Spinal kordan başlayıp periferde sonlanan sinir liflerinde nosiseptörler bulunmaktadır. Bu reseptörler ağrılı uyarana karşısında aktif hale geçerek aldıkları uyarıyı elektriksel uyarıya çevirirler. Bu olaya transdüksiyon denir. (Aydın, 2002; Aydın, 2005). Normal düzeyde ısı ağrılı uyarana değilken belirli bir derecenin üzerine çıktığında nosiseptörler duyarlı hale geçerek ağrı hissine neden olabilmektedir.

2.3.2. Transmisyon:

İmpulsların santral sinir sistemine iletilmesidir. Bu bilgi sinir liflerinin bazılarında hızlı (A delta lifleri) bazılarında yavaş (C lifleri) iletilir (Aydın, 2002).

2.3.3. Modülasyon:

Transmisyon sonucu oluşan ağrılı uyarıların spinal kord düzeyinde bir değişime uğrayarak bu değişimin üst merkezlere iletilmesine modülasyon denir (Aydın, 2005; Aydın, 2002).

2.3.4. Persepsiyon:

Omurilikten geçen uyarana çeşitli çıkan yollar aracılığıyla üst merkezlere doğru iletilir ve ağrının algılanması, persepsiyon gerçekleşir (Aydın, 2005)

Kişinin tanımlayabileceği en hafif ağrı düzeyine ağrı eşiği denir. Ağrı eşiği kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişide zaman içinde de değişiklik gösterebilir. Kişinin yaşı, psikolojik durumu, kültürel farklılıklar, dini inanç, yorgunluk, ağrı hafızası, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan tepkileri ve hissedilen ağrı şiddetini etkiler (Yıldızeli Topçu, 2008; Aydın, 2005).

2.4. Ağrının sınıflandırılması

Ağrı çok boyutlu bir kavram olduğu için sınıflandırılması da karmaşıktır. Ağrı süresine, kaynaklandığı bölgeye ve etyolojisine göre sınıflandırılabilir (Çöçelli ve ark., 2008). Ağrı sınıflandırmaları ağrı kontrolünü kolaylaştırmaktadır.

2.4.1. Süresine göre ağrı sınıflandırması:

Akut ağrı: Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrı şeklidir (Vervoort, 2008; Aydın, 2002). Akut ağrı, yaralanma, hastalık ve tanı ya da tedavi girişimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan, çocuklar tarafından en sık yaşanan olumsuz uyarılardan biridir (AAP, 2001).

Kronik ağrı: Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun aylar, hatta yıllar boyu sürmesi sonucu aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilmektedir (Vervoort, 2008; Aydın, 2005; Aydın, 2002). Bir ağrının kronik ağrı kabul edilebilmesi için üç ile altı aylık bir süreyi geçmesi gerekmektedir. 2010 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye’de kronik ağrı prevalansı %50 olarak bulunmuştur (Gahin ve ark., 2010). Kronik ağrı çocuklarda önemli bir sağlık sorunudur (Huguet et al., 2011). Stanford ve arkadaşları (2008) çalışmalarında çocuklarda kronik ağrı prevalansının %15-38 arasında değiştiğini ve kronik ağrının bireyin fizyolojik ve psikolojik durumunu, sosyal rol ve işlevlerini olumsuz etkilediğini vurgulamışlardır.

2.4.2. Etyolojisine göre ağrı sınıflandırması:

Nosiseptif ağrı: Sinir liflerinin ağrılı uyarılarla uyarılması sonucu algılanan ağrı şeklidir (Aydın, 2002; AAP, 2001).

Nöropatik ağrı: Periferik sinirlerde, travma veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan ağrıdır. Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır (AAP, 2001).

2.4.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması

Somatik ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, batma, sızlama, zonklama tarzında iyi lokalize edilen ağrıdır (AAP, 2001; Aydın, 2002).

Visseral ağrı: İç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organlardan kaynaklanan ağrılar genellikle künttür, yavaş yavaş artar, kolay lokalize edilemez, başka bölgelere doğru yayılır (AAP, 2001).

2.5. Çocuklarda Ağrı

Ağrı kontrolü konusunda elde edilen gelişme ve yeniliklerin hızla artmasına rağmen yapılan birçok araştırmada ağrı kontrolünün çocukluk çağında halen büyük bir sorun olduğu ifade edilmektedir (Derebent ve Yiğit, 2006; Sönmez, 2009; Özer ve ark., 2006). Araştırmalar incelendiğinde, çocuklarda ağrı konusunda bilimsel çalışmaların henüz oldukça yeni olduğu, 1980'lerden sonra ağrı alanında çalışmaların artış gösterdiği bildirilmektedir (Sönmez, 2009; Derebent ve Yiğit, 2006). Bu yıllarda ağrı, tedavi edilmesi gereken bir sendrom olmaktan çok, tanıya yardımcı bir bulgu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1980'li yıllardan günümüze kadar yapılan birçok araştırmada da sağlık profesyonellerinin çocuklarda ağrı yönetiminde yetersiz olduğu belirtilmiştir (Sönmez, 2009).

2.6. Çocukluk Çağında Ağrı Epidemiyolojisi

Çocuklarda ağrı insidansı bilinmemektedir. Araştırmaların çoğunda ağrı değerlendirmesi, spesifik ağrı tipi ve tedavisi alanında sınırlı kalmaktadır. Çocuklarda ağrının genel durumu ve yoğunluğu göz ardı edilmiştir (McClain, 2006). Çocukluk çağına ait ağrılara ilişkin epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde baş ağrısı, karın ağrısı, kanser ağrısı ve artrit gibi spesifik ağrı ve bunlar arasında ise en sık baş ağrısı üzerinde durulmuştur (Vervoort, 2008; Perquin, 2000). Ellis ve arkadaşları (2002) ağrı prevalansının hastanede yatan çocuklar arasında %20-49 oranında değiştiğini yaptıkları çalışmada bildirmektedirler.

Perquin'in (2000) gerçekleştirdiği çalışmada, baş ağrısı insidansının 7-18 yaş arası çocuklarda %7 olduğu ve yaşla doğru orantılı olarak arttığını, tekrarlayan karın ağrılarının, 5-15 yaş arası erkeklerde %9,5, kızlarda %12,5 oranlarında olduğunu bildirmiştir. Kanserli yetişkinlerin %60-70'inde maligniteye bağlı ağrılar gözlenirken çocuklardaki ağrının daha çok tedaviye bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (Özkan, 2004).

Kanada'da Stanford ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada 2 yıl arayla incelenen 11 yaş grubundaki 2488 kişide baş ağrısı oranının %26,1 den %31,8'e, karın ağrısı oranının %13,5'den %22,2'ye, sırt ağrısı oranının ise %17,6'dan %25,8'e çıktığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kız çocukların erkek çocuklardan daha çok ağrı hissettiği bildirilmiştir.

Ağrı çoğu zaman travma, inflamasyon, tanı testleri, cerrahi girişimler ve tedavi uygulamaları gibi akut bir nedenle kısa süreli patolojik bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kanser gibi kronik bir hastalık nedeniyle daha uzun süreli görülmesinin yanı sıra tamamen emosyonel faktörlerle ilişkili olarak da ortaya çıkabilmektedir (Yıldızeli Topçu, 2008).

2.7. Çocuklarda Ağrının Etkileri

Ağrının erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da birçok sonucu vardır. Ağrı uygun şekilde tedavi edilemezse fizyolojik ve psikolojik yan etkilere neden olmaktadır (Elçigil, 2011). Ağrı, anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Çocuklarda ağrının etkileri başlangıç etkileri, kısa süreli ve uzun süreli etkiler olarak sınıflandırılabilir (Emir ve Cin, 2004; Dinçer ve ark., 2011).

Tablo 1. Çocuklarda ağrının etkileri

Başlangıç Etkileri	Kısa Süreli Etkiler	Uzun Süreli Etkiler
<ul style="list-style-type: none">• İritabilite• Korku• Uyku sorunları• Artmış O₂ tüketimi• Ventilasyon-Perfüzyon Uygunsuzluğu• Besin alımının azalması• Gastrik asit artışı	<ul style="list-style-type: none">• Artmış katabolizma• Değişen İmmun Fonksiyon• İyileşmenin gecikmesi• Emosyonel bozukluk• Glikoz dengesizlikleri• Elektrolit dengesizlikleri• Sepsis	<ul style="list-style-type: none">• Ağrı hafızası• Gelişme geriliği• Sonraki ağrı deneyimlerine cevapların değişmesi• Beyinde yapısal değişiklikleri

(Özyalçın ve Dinçer, 2007; Dinçer ve ark., 2011; Çöçelli ve ark., 2008).

2.8. Çocuklarda Ağrı Belirtileri

Ağrı çocukların tüm sistemlerini etkileyebilmesinin yanı sıra her çocukta farklı tepkilerinde ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu tepkiler psikolojik, fizyolojik ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılabilir.

Psikolojik Belirtiler: Ağrıya bağlı olarak bireyde konfüzyon, anksiyete (McGrath, 2003), korku, öfke, zihinsel ve sözel işlevlerde değişimler, kızgınlık ve huzursuzluk belirtileri görülmektedir (Karayurt ve Akyol, 2008; Düzel, 2008).

Fizyolojik Belirtiler: Ağrının sinir sistemini etkilemesi sonucu; sempatik sinir sisteminin akut ağrıya yanıtı olarak terleme, göz yaşarması, bulantı ve kusma, solgunluk, kan basıncı, kalp hızı ve solunumda artma; parasempatik sinir sisteminin ağrıya yanıtı olarak ise kan basıncı, kalp hızı ve solunumda azalma ortaya çıkmaktadır (Karayurt ve Akyol, 2008; Düzel, 2008).

Davranışsal belirtiler: Kas iskelet sisteminde oluşan kasılma, yumruk sıkma, hasara uğrayan organ ya da bölgenin uyarandan uzağa çekilmesi, hareketsiz kalma, ağlama, dişini sıkma, başını öne doğru eğme ve yüzünü buruşturma, ritmik hareketlerle sallanma, tekmeleme, kişiye özgü pozisyon ve postür belirtileri görülmektedir (Karayurt ve Akyol, 2008; Dinçer ve ark., 2011; Düzel, 2008). Ağrıya karşı verilen bu tepkiler her ne kadar bireysel farklılık gösterse de ağrısını bildirmede güçlük çeken hastalarda benzerdir ve ağrı davranışı olarak tanımlanmaktadır (Eti-Aslan, 2002; Dinçer ve ark., 2011; Derebent ve Yiğit, 2006). Kanser, romatizmal hastalıklar gibi kronik ağrıya neden olan durumlarda ise; halsizlik ve bitkinliğe bağlı uyku bozuklukları, iştahsızlık ve kilo kaybı, konstipasyon, psikomotor bozukluklar, iritabilite artışı ve hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da ortaya çıkmaktadır (Düzel, 2008).

2.9. Çocuklarda Ağrı gelişimi

Çocuklarda ağrı gelişimi yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre; 0-3 ay arasında ağrıya refleks yanıt alınmaktadır. 3-6 ay arasında ağrılı uyarana üzüntü ve kızgınlık yanıtı alınır, 6-18 ay arasında korku, ağrılı uyarın sırasında özel kelimeler ve ya ses çıkarma şeklinde yanıt alınır. Bu yaş grubunda ağrının lokalizasyonu yapılabilir. 18-24 ay arası çocuklar acı kelimesinin anlamını kavrar ve kendine has ağrı ile baş edebilme yöntemleri geliştirir. 24-36 ay arasındaki çocuk ağrıyı tanımlayarak ağrıya yol açabilen dış etkenlere karşı önlem almaya yönelik davranış geliştirir. 36-60 ay arasında ağrı şiddetine yönelik değerlendirmeler yapar ve bazı emosyonel kavramlarla ağrısını tanımlar (Çöçelli ve ark., 2008; Desparmet-Sheridan, 2000). 5-7 yaş arasındaki çocuk ağrı şiddetinin seviyesini ifade edebilir, bilgiye dayalı baş etme yöntemleri geliştirir; 7-10 yaş arası niçin ve nasıl ağrıdığını açıklar ve 11 yaş üstü çocuklar ağrının niteliği hakkında bilgi verir (Desparmet-Sheridan, 2000).

2.10. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının çok boyutlu doğası ve subjektifliği nedeniyle objektif olarak değerlendirmenin yapılması oldukça güç olabilmektedir (Ay ve Alpar, 2010; Karayurt ve Akyol, 2008; Yapucu ve ark., 2005).

Ağrının fiziksel, duygusal ve algısal boyutlarının olması ve bireyi her yönden etkilemesi, onu tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir (Özyalçın ve Dinçer, 2007; Yılmaz ve Durmaz Akyol, 2009). Her bireyin ağrısı kendine özgü olarak değerlendirilmeli ve buna göre bir yaklaşım belirlenmelidir (Yentür, 2007). Hemşire, sözel ve sözel olmayan belirtileri göz önünde bulundurmalıdır (Conlon, 2009). En güvenilir ağrı değerlendirmesi, bireyin sözel ifadesidir (Karayurt ve Akyol, 2008; Dinçer ve ark., 2011). Ancak 3 yaşa kadar ağrının lokalizasyonunun belirlenmesi çocuğun ifade edebilme yeteneğinin tam gelişmemiş olması nedeniyle güç olmaktadır. Çünkü bu yaşın altında iletişim zordur. Üç yaşından daha büyük çocuklar ağrının lokalizasyonu, şiddeti ve niteliği hakkında kendi gelişim durumlarına göre kelimelerle bilgi verebilirler. Ağrılarını ifade edemeyen ve tanımlayamayan küçük yaştaki çocuklarda ağrının şiddeti yaşam bulguları gibi objektif ölçülemez, çünkü bu yaş grubu ağrılarını daha çok davranışsal olarak ifade edebilir. Yüz görünümü, vücut pozisyonu, hareketlilik, ağlama, uyku düzenindeki değişiklikler, cilt rengi gibi birçok farklı davranış özelliği ve fizyolojik değişiklikler çocuğun ağrı çekmekte olduğu konusunda uyarıcı olabilir.

Çocuklarda ağrıyı değerlendirmede ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özellikler ve fiziksel durumuna ilişkin gözlemler kayıt edilmelidir (Eti-Aslan, 2002). Ağrının değerlendirilmesi için geliştirilen ağrı değerlendirme formu ve ölçekleri mevcuttur (Çöçelli ve ark., 2008). Ağrı ölçekleri ile ağrının değerlendirilmesi objektif hale getirilebilir. Etkili ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması ancak objektif bir değerlendirme ile mümkün olabilir (Özkan, 2004). Günümüzde kullanılan ağrı ölçekleri hemşirenin ağrı tanılmasında da yardımcı olmaktadır.

2.11. Çocuklarda Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler

Dünyada birçok ağrı ölçeği geliştirilmiş olmakla birlikte ülkemizde sık kullanılan geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler; Yenidoğan ağrı ölçeği (Neonatal Infant Pain Scale: NIPS), Vizüel analog skala (Visual Analogue Scale: VAS),

Wong Baker ölçeği/Ağrı yüz değerlendirme ölçeği, FLACC skalası (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), neonatal ağrı, ajitasyon ve sedasyon ölçeği (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale: N-PASS), yenidoğan ağrı ve rahatsızlık ölçeği (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né: EDIN) ve COVERS (COVERS Neonatal Pain Scale) ve PIPP (Prematurite Infant Pain Profile) Skalasıdır

2.11.1. Yenidoğan Ağrı Ölçeği (Neonatal Infant Pain Scale: NIPS)

1993 yılında Lawrence ve arkadaşları tarafından geliştirilip 1999 yılında Akdovan ve Çiğdem tarafından Türkçeye uyarlanan NIPS skalası, preterm ve term yenidoğanlarda işleme bağlı akut ağrıyı değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Akdovan ve Yıldırım, 1999). Yenidoğan bebeklerin iğneli girişim öncesi, işlem süresince ve sonrasında verdikleri davranışsal ve fizyolojik ağrı yanıtlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Akyürek ve Conk 2006). Bu skala yüz ifadesi, solunum şekli, ağlama, kol-bacak hareketleri, uyanıklık durumu gibi davranışsal belirtileri değerlendirmektedir. En düşük “0” ağrı yokluğunu ifade ederken “7” en yüksek ağrı şiddetini göstermektedir (Derebent ve Yiğit, 2006).

2.11.2. Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS)

Kişisel ifadeye dayalı ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde en çok kullanılan ölçektir. Akut ve kronik ağrının şiddetini belirlemede kullanılmaktadır. Bir ucunda ağrısızlık (0) diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı (10) yazan bir cetveldir. 5 yağ üzerindeki hastalar, bu yöntemi, kolay anlaşılır ve kolay uygulanabilmektedir (Özyalçın ve Dinçer, 2007; Güzeldemir 1995).

2.11.3. Wong Baker Ölçeği/ Ağrı Yüz Değerlendirme Ölçeği

Çocuklarda ağrı şiddetini ölçmede ek çok kullanılan ölçeklerden biridir. Bu ölçekte yüz şekilleri yer almaktadır. VAS’ın kullanılmadığı, dil ve mental kapasite yetersizliklerinde kullanılmaktadır. Üç yağından büyük çocuklarda ağrılarını ve derecesini ifade edebildiklerinden Wong Baker Ölçeği kullanılabilir. Şekillerden gülen yüz “0” puanı yani ağrısızlığı, ağlayan yüz ise “5” puanı yani şiddetli ağrıyı temsil etmektedir (Ping, 2007; Yılmaz ve Durmaz Akyol, 2009; Güzeldemir, 1995; Merkel and Malviya, 2000)

2.11.4. FLACC Skalası (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Merkel ve arkadaşları tarafından 1997 yılında kendi ağrısını ifade edemeyen ve iletişim kurulamayan 3–7 yağ arası çocuklarda, postoperatif dönemde kullanılır (Derebent ve Yiğit, 2006; Emir ve Cin, 2004). Bu skala ile çocuğun yüz ifadesi,

bacakların pozisyonu, hareketleri, ağlaması ve avutulabilmesi gibi beş davranışsal kriter değerlendirilmektedir (Karayurt ve Akyol, 2008). Her bir bölüm 0-2 puan olmak üzere toplam 0-10 arasında değişen puanlarla derecelendirilmiş, puan ne kadar düşükse ağrı o kadar azdır denilmektedir (Emir ve Cin, 2004; Merkel and Malviya, 2000; Baeyer and Spagrud, 2007).

2.11.5. Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale: N-PASS)

2003 yılında Hummel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Yenidoğan/Ajitasyon, Sedasyon Ölçeği (N-PASS) 2012 yılında Açıkgöz ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. N-PASS; term, preterm tüm yenidoğanlarda, akut ve kronik ağrı durumlarını değerlendirmede, mekanik ventilatör desteği olan bebeklerde kullanılabilir (Açıkgöz ve ark., 2012).

2.11.6. Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né: EDIN)

Fransa'da Debillon ve arkadaşları tarafından geliştirilen Bayraktar ve Gözen'in (2012) Türkçe'ye uyarlayıp geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı bu ölçek 25-36 haftalık preterm yenidoğanlarda kronik ağrıyı değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Yenidoğanın yüz ifadesi, vücut hareketleri, uyku kalitesi, sakinleşme durumu hemşireyle iletişimdeki etkiliği değerlendirerek kullanılmaktadır (Bayraktar ve Gözen, 2012).

2.11.7. COVERS Ağrı Skalası (COVERS Neonatal Pain Scale)

Hand ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Özkan ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ağrı skalası 0-1 yaş aralığındaki yenidoğan ve bebeklerde ağrılı durumlarda kullanılmaktadır. Yenidoğan ve bebeklerdeki farklı durumlardaki akut ağrıyı değerlendirmek amaçlı geliştirilmiştir.

2.11.8. PIPP (Prematurite Infant Pain Profile) Skalası:

Stevens ve arkadaşları (1996)) tarafından geliştirilen Derebent (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirliğini yapılan bu skala 28-36 haftalık prematüre bebeklerde ağrı tanınması için geliştirilmiştir Yenidoğanlarda girişimsel ağrıda ve ameliyat sonrası dönemde kullanılır (Derebent ve Yiğit, 2006). Gebelik yaşı, davranışsal durum, kalp atım hızı, O₂ doygunluğu, alın kırıltırma, göz sıkma nazolabial

oluğun belirginleşmesi gibi durumlar değerlendirilerek kullanılmaktadır (Derebent 2007).

2.12. Ağrı değerlendirmesinde hemşirenin rolü

Yıllardır sürdürülen araştırmalara rağmen, birçok çocuk hastada ağrı değerlendirmesi yeterince sağlanamamaktadır (Eti-Aslan ve Badır, 2005). Modern tedavi yöntemleri gelişmiş olmakla birlikte ağrı yönetiminin etkinliği hala klinik deneyime dayanmaktadır. Ağrının değerlendirmesine yönelik standart yöntemlerin uygulanmaması, ağrı tanı ve tedavisi konusunda eğitim eksikliği ağrı tedavisinde yeni teknolojilerin masraflı oluşu, çocuk yaş grubunda ağrı yönetiminin istenilen düzeye çıkmasını engellemektedir (Eti-Aslan ve Badır, 2005; Czurrylo et al., 1999). Ağrının etkin olarak değerlendirilmesi, ağrı yönetiminin ilk şartıdır ve hemşirelik bakımının temel unsurlarından biridir (Özveren ve Uçar, 2009). Hemşirelerin doğru ağrı değerlendirmesi yapma bilgi ve yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir (Yılmaz ve ark., 2010; Ocakçı ve Yiğen, 2004).

Özer ve arkadaşlarının (2006) bir üniversite hastanesinin dâhili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler üzerine yaptıkları araştırmalarında; hemşirelerin %74,5'inin hastanın ağrısını değerlendirmek için ağrı ölçeği kullanmadıkları bildirilmiştir.

Ağrı bireyin ve çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Devam eden veya dindirilmeyen ağrı çocuğun yaşamının her alanında olumsuz etkiye sahiptir. Literatürde geçmişte yaşanmış ağrı deneyimlerinin ileriki ağrı algılaması ve tepkilerini etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle ağrının zamanında ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi önemlidir (Vervoort, 2008; Karayurt ve Akyol, 2008).

2.13. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü

Ağrısız bir yaşam sürmek her çocuğun hakkıdır (Yentür, 2007; Elçigil, 2011; Düzel, 2008). Ağrı kontrolü; birey ya da çocuğun ağrısının tanılanmasından sonra, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kullanılarak yaşam kalitesini geri kazandırmak amacıyla ağrının dindirilmesi, katlanılabilir sınırlar içinde kalmasının sağlanması (Code, 2001) ve ağrı ile baş edilmesine yardım edilmesidir (Derebent ve Yiğit, 2006).

Pediyatrik ağrı kontrolü karmaşık ve çok yönlü bir konudur (Zajac, 1992). Ağrı tedavisi planlanırken ağrının yeri, şiddeti, niteliği, ağrıya neden olan hastalığın varlığı ve özellikleri, hastanın yaşı, mevcut klinik imkânlar dikkate alınmalıdır. Tüm bu

özelliklerin ışığında tedavi yöntemine karar verilir. Tedavi uygulamaları planlanırken hastanın emosyonel açıdan desteklenmesi önemlidir. Yapılacak tedavi konusunda çocuğun ve ebeveynlerinin bilgilendirilmesi korku ve endişelerinin azalmasına yardımcı olur (Candan ve Kaymakçı, 2005; Karayurt ve Akyol, 2008; McArthur and Cunliffe, 1998).

Etkin ağrı kontrolü; iyi bir gözlem, etkili farmakolojik, psikolojik, bilişsel-davranışsal, fiziksel tedavi ya da tedavi kombinasyonları ve disiplinler arası yaklaşım gerektirir (AAP, 2001).

Günümüzde ağrının kontrolünde yaygın olarak farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemler farklı ilaçlarla ağrının kontrolünü içermektedir. Analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle çocuklarda ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir (Özveren ve Uçar, 2009). Ağrı tedavisinde uygulayıcı rolü olan hemşire; çocuğun yaşına ve fiziksel özelliklerine göre ilacın uygulama zamanı, uygulama yolu, tedavinin etkinliği hakkında bilgi sahibi olmalı ve bunlarla ilgili gözlemlerini kaydetmelidir (McClain, 2006).

Ağrı kontrolünde farmakolojik tedavinin yanı sıra pek çok tamamlayıcı alternatif yöntemler de kullanılmaktadır (Özveren ve Uçar, 2009; Yıldızeli ve Topçu, 2008). Analjeziklerle birlikte kullanıldığında ilaçların etkinliliğini arttıran, analjezikler kullanılmaksızın ise vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını sağlayarak ağrının iyileşmesine yardımcı uygulamaların tümüne non-farmakolojik tedavi yöntemleri denir. (Dinçer ve ark., 2011). Non-farmakolojik yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, ağrı sorununun olabildiğince giderilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Özveren ve Uçar, 2009). Ağrı gidermede/azaltmada uygulanabilecek non-farmakolojik yöntemler; pozisyon değiştirme, kanguru bakımı, terapötik dokunma, masaj (Çevik, 2003; Sarıkaya Karabudak ve Bal Yılmaz, 2009; Dinçer ve ark., 2011), ağız bakımı, yalancı emzik verme (Akdovan ve Yıldırım, 1999), emzirme, oral sukroz verme (Efe ve Savaşer, 2007), müzik, çevresel uyaranları azaltma, bireyselleşmiş gelişimsel bakım (Derebent ve Yiğit, 2006), sıcak, soğuk uygulama (On, 2006; Çevik, 2003), ılık duş aldırma, gevşeme teknikleri (Yıldızeli Topçu, 2008; Ay ve Alpar, 2010), dikkati başka yöne çekme/hayal kurma, solunum egzersizleri, akupunktur, meditasyon, hipnoz (Behrman et al., 2008; Çevik 2003), tanıdık birileri ile görüşürme, ağrı nedenlerini ve bireyin diğer sorunlarını konuşma ve bireye özgü etkili yöntemi

seçerek konu ile ilgili bilgilendirme yapmaktır (McGrath et al., 2003; Özveren ve Uçar, 2009; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Akdemir ve ark, 2008; Yılmaz ve Gürler, 2011).

Kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi yapan hemşire, bu bilgilerin ışığında hastanın ağrısının kontrolünde kullanılacak, bireye özgü, non-farmakolojik yöntemleri seçebilir, bu yöntemleri birey/çocuğa öğretebilir, onunla birlikte uygulayabilir ve sonuçlarını değerlendirebilir (Özveren ve Uçar, 2009).

Tedavinin kalıcılığı; çok yönlü bir değerlendirme ve kombine tedavi seçeneklerinin çocuğun yaşına, gelişim özelliklerine ve durumuna uygun şekilde seçilmesiyle sağlanabilir (Gökçe, 2000).

Literatür incelemesi ve araştırmalarda, ağrı kontrolünün yetişkinlerde bile üstesinden çok zor gelinen bir konu olduğunu belirtilirken; ağrısı olanın çocuk yaş grubunda olmasının bu zorluğu daha da arttırdığı bildirilmektedir (Sönmez 2009). Çocuklarda etkili ağrı kontrolünde eğitimli ve deneyimli hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır (Ljusegren et al., 2012; Yılmaz ve Durmaz Akyol, 2009; Twycross 2002). Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklardaki ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma Kocaeli ilinde çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Kocaeli ilinde bulunan özel, devlet ve üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastaneler; Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alikâhya Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi, Karamürsel Devlet Hastanesi, Gölcük Devlet Hastanesi, Kandıra M. Kazım Dinç Devlet Hastanesi, Gebze Fatih Devlet Hastanesi, Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi, Özel Konak Hastanesi'dir. Araştırma verileri bu hastanelerin yenidoğan yoğun bakım, çocuk yoğun bakım, çocuk acil, çocuk cerrahisi, çocuk dâhiliye (endokrin, hematoloji, onkoloji, alerji gibi dâhili sorunları olan çocukların tedavi ve bakım aldığı servisler) servislerinde çalışan hemşireler ile görüşerek Temmuz 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Kocaeli ilindeki hastanelerde çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan toplam 181 hemşire oluşturmuştur. Bu evren sayısı doğrultusunda örneklem büyüklüğünü belirlemek için hedef kitledeki birey sayısının bilindiği $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$

formülü kullanılarak $n = \frac{(181)(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2(181-1)+(1,96)^2(0,5)(0,5)}$ Bu sonuç doğrultusunda %95 güven aralığında $\pm 0,05$ örneklem hatası ile temsil edecek örneklem sayısı 123,3 bulunmuştur.

Verilerin güvenilirliği açısından veri toplama formunu gönüllü olarak dolduran toplam 134 hemşirenin tamamı örneklem grubuna alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan ve uzman görüşleri (EK-1) doğrultusunda düzeltilen sosyodemografik özellikler, ağrı kontrolü ve ağrıya ilişkin bilgi durumu bölümlerinden oluşan 62 soruluk anket formu (EK-2) kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve çalışma alanına ilişkin durum, seçim ve mesleki gelişimlerine yönelik 16 soru bulunmaktadır. Sosyodemografik özelliklerde; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim

durumu gibi sorular bulunmaktadır. Çalışma alanına ilişkin durum, seçim ve mesleki gelişimlerinin olduğu kısımda, çalıştığı kurum, çalıştığı klinik, hemşire olarak çalışma süresi, çocuk kliniğinde çalışma süresi, çalışma saati, çalışma düzeni, çocuk kliniğinde çalışmayı kendisi tercih etme durumu, çalıştığı klinikten memnuniyet durumu, gelişimini destekleyici yayın takip etme durumu, seminer/kongre gibi etkinliklere katılma durumu sorgulanmıştır.

İkinci bölümde hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bireysel ve çevresel faktörleri sorgulamaya yönelik 24 soru bulunmaktadır. Bu sorular; ağrı kontrolüne ilişkin daha önce eğitim alma durumları, ağrı kontrolünde hemşirelerin kendini yeterli görme durumu, ağrı kontrolünde gereksinim duyulan konular, çocuğun ağrısının nasıl anlaşılacağı, ağrı durumunda ne yapıldığı, ağrı değerlendirmede ölçek bilgi ve kullanım durumu, ağrı değerlendirmesi yapılıp yapılmama durumu ve yapılıyorsa kim tarafından ne sıklıkla yapıldığı, ağrı durumunda yapılan girişimler ve bu girişimlerde problem yaşanıp yaşanmama durumu gibi konular sorgulanmıştır.

Üçüncü bölümde hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış 22 soru bulunmaktadır. Bu bölümde bulunan ağrıya ilişkin verilerin çeşitli doğru ve yanlış bilgi ifadelerinin hemşireler tarafından yanlışsa “Y”, doğruysa “D” olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Bu bölümdeki bilgilerin tamamını doğru değerlendiren hemşireler toplam 22 puan almışlardır.

Veriler anket formunun araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile hemşirelerle görüşmesi sonucu elde edilmiştir

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini Kocaeli ilinde çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan hemşirelerle sınırlıdır. Araştırmanın bulguları kullanılan anket formunun kapsamı ve örneklem grubunda yer alan hemşirelerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde ilk aşamada tüm verilerin yüzdelerle dağılımları alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında değişkenler arasındaki farkı değerlendirmede

Mann Whitney-U testi, ikiden fazla değişkenin yer aldığı parametrelerin karşılaştırmalarında Kruskal Wallis-H Testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı (EK-3) alınmıştır. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden de yazılı izin (EK-4) alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Ayrıca araştırma evrenindeki hemşirelere araştırma amacı ve veri toplama anketi ile ilgili açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılmada gönüllü olan hemşirelerin sözlü onamı alınarak örneklem grubu bu hemşirelerden oluşturulmuştur. Gönüllü olmayan hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın örneklem grubunu oluşturan çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırma bulguları 3 başlık altında incelenmektedir.

4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Alanına İlişkin Özellikleri

4.2. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Deneyimleri

4.3. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi Durumları

4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Alanına İlişkin Özellikleri

Bu bölümde hemşirelerin sosyodemografik, çalışma alanı ve mesleki gelişimlerine ilişkin özelliklerini kapsayan bulguların dağılımları yer almaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N=134)

Sosyodemografik Özellikler	Gruplar	n	%
Yaş	20-24 yaş	64	47,8
	25-29 yaş	36	26,8
	30-34 yaş	23	17,2
	35 yaş ve üstü	11	8,2
Cinsiyet	Erkek	6	4,5
	Kadın	128	95,5
Medeni Durum	Evli	69	51,5
	Bekâr	65	48,5
Çocuk Durumu	Evet	45	33,6
	Hayır	89	66,4
Eğitim Durumu	Lise/Sağlık koleji	38	28,4
	Önlisans	27	20,1
	Lisans	69	51,5

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmektedir. Buna göre; araştırmaya katılanların %47,8’i (n=64) 20-24 yaş aralığında olup %95,5’i (n=128) kadındır. Araştırmaya katılanların %51,5’inin (n=69) evli olduğu, %33,6’sının (n=45) çocuğu olduğu belirlendi. Araştırmaya kapsamındaki hemşirelerin %51,5’i (n=69) lisans mezunu idi.

Tablo 3. Hemşirelerin çalışma alanına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımları (N=134)

Hemşirelerin Çalışma Durumları ve Tercihleri	Gruplar	n	%
Çalıştığı Kurum	Üniversite Hastanesi	49	36,6
	Devlet Hastanesi	69	51,5
	Özel Hastane	16	11,9
Çalışılan Klinik	Çocuk acil	12	9,0
	Çocuk YBÜ	12	9,0
	Yenidoğan YBÜ	33	24,7
	Çocuk Cerrahisi	23	17,0
	Çocuk Hastalıkları	54	40,3
Çalışma süresi	1-5 yıl	92	68,7
	6-10 yıl	26	19,4
	11 yıl ve üstü	16	11,9
Çocuk Kliniğinde Çalışma Süresi	1-3 yıl	94	70,1
	4-6 yıl	30	22,4
	7 yıl ve üstü	10	7,5
Çalışma Saati	40-48 saat/hafta	65	48,5
	48 saat ve üstü/hafta	69	51,5
Çalışma Düzeni	Sürekli Gündüz	21	15,7
	Nöbet Usulü	113	84,3
Çocuk Kliniğinde Çalışmayı Seçme Durumu	Evet	34	25,4
	Hayır	100	74,6
Çocuk Kliniğinde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu	Evet	92	68,7
	Hayır	42	31,3
Gelişimini Destekleyici Yayınları Takip Edip Etme Durumu	Evet	96	71,6
	Hayır	38	28,4

Hemşirelerin Seminer/Kongre/Gibi Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	50	37,3
	Hayır	84	62,7

Hemşirelerin çalışma alanına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımları Tablo 3’de verilmektedir. Hemşirelerin %51,5’inin devlet hastanesinde (n=69), %36,6’sının üniversite hastanesinde (n=49) ve %11,9’unun özel hastanelerde çalıştığı belirlendi. Araştırmaya katılanların %24,7’si (n=33) YYBÜ’nde ve %40,3’ü (n=54) hematoloji, onkoloji, kardiyoloji gibi çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışmakta idi. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %68,7’i (n=92) 1-5 yıl süreyle hemşire olarak çalışmakta olup %70,1’i (n=94) 1-3 yıldır çocuk kliniğinde idi. Araştırmaya katılanların %15,7’sinin (n=21) sürekli gündüz, %84,3’ünün (n=113) nöbet usulü çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %74,6’sı (n=100) çocuk kliniğinde çalışmayı kendisinin seçmediğini belirtirken %68,7’si (n=92) çocuk kliniğinde çalışmaktan memnun idi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,6’sı (n=96) gelişimini destekleyici yayın takip ettiklerini %62,7’si (n=84) seminer/kongre gibi etkinliklere katılmadığını ifade etti.

4.2. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Deneyimleri

Bu bölümde hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin deneyimleri, bilgi gereksinimleri, ağrıya yönelik uyguladıkları girişimler, ağrı değerlendirmeye yönelik uygulamaları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin deneyimleri (N=134)

Ağrı Kontrolü ile ilgili bireysel özellikler		n	%
Ağrı Kontrolüne İlişkin Daha Önce Eğitim Alma Durumu	Evet	25	18,7
	Hayır	109	81,3
Ağrı Kontrolünde Kendini Yeterli Görme Durumu	Evet	91	67,9
	Hayır	43	32,1

Tablo 4’de hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolü konusunda bireysel özellikleri yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %18,7’sinin (n=25) çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin daha önce eğitim aldığı ve %67,9’unun (n=91) çocuklarda ağrı kontrolünde kendisini yeterli gördüğü belirlendi.

Tablo 5. Hemşirelerin ağrı değerlendirme durumları (N=134)

Ağrı Değerlendirme Durumu	Klinikte		Bireysel	
	n	%	n	%
Hiç yapılmıyor	78	58,2	74	55,2
Günde 1 kez yapılıyor	21	15,7	16	12
Hasta odasına her girişte yapılıyor	20	14,9	14	10,4
Günde 2 kez yapılıyor	2	1,5	5	3,7
Günde 3 kez yapılıyor	11	8,2	10	7,5
Lüzum halinde yapılıyor	2	1,5	15	11,2

Tablo 5’de hemşirelerin çalıştıkları kliniğe özgü ve bireysel olarak ağrı değerlendirmelerine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Hemşirelerin %58,2’si (n=78) kliniklerinde ağrı değerlendirmesi hiç yapılmadığını, %14,9’u (n=20) hasta odasına her girdiğinde ağrı değerlendirmesi yaptıklarını belirtti. Hemşirelerin %55,2’si (n=74) bireysel olarak ağrı değerlendirmesi yaparken %10,4’ü (n=14) hasta odasına her girdiğinde bireysel ağrı değerlendirmesi yaptığını ifade etti. Hemşirelere ağrı değerlendirmelerini kayıt etme durumları sorulduğunda hemşirelerin %45,5’i (n=61) ağrı değerlendirmelerini kayıt ettiklerini, %54,5’i (n=73) kayıt etmediklerini ifade etti.

Tablo 6. Hemşirelerin çocuklarda ağrı değerlendirme ölçeği kullanım durumları (N=134)

Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı Değerlendirme Ölçeği		n	%
Kullanım Durumları			
Herhangi Bir Ölçek Hakkında Bilgi Durumu	Var	56	41,8
	Yok	78	58,2
*Bildiği Ölçekler	VAS	32	23,8
	Wong-Baker	24	18

Çalıştıkları Klinikte Ölçek Kullanma Durumu	Evet	40	29,8
	Hayır	94	70,1
*Çalıştıkları Klinikte Kullanılan Ölçekler	VAS	7	5,2
	FLACC	3	2,2
	Wong-Baker	30	22,4
Bireysel Olarak Ölçek Kullanma Durumu	Evet	19	14,2
	Hayır	115	85,8
*Bireysel Olarak Kullanılan Ölçekler	VAS	3	2,2
	Wong-Baker	16	12

*İlgili sorulara yanıt vermeyenler değerlendirmeye alınmamıştır.

Hemşirelerin ağrıyı değerlendirmede herhangi bir ölçek hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarına ilişkin özellikler Tablo 6'da verilmektedir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin %41,8'i (n=56) herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği hakkında bilgi sahibi olduğunu, %23,8'inin (n=32) VAS, %18'inin (n=24) Wong-Baker ölçeklerini bildiklerini ifade ettikleri belirlendi. Klinikte rutin olarak ağrı değerlendirme ölçeği kullanım oranının %29,8 (n=40) olduğu, en fazla (%22,4; n=30) Wong Baker ölçeğinin kullanıldığı saptandı. Hemşirelerin %14,2'sinin (n=19) bireysel olarak bir ağrı değerlendirme ölçeği kullandıkları, bunlardan %12'sinin (n=16) Wong Baker, %2,2'sinin (n=3) ise VAS ölçeği kullandıklarını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 7. Hemşirelerin ağrıya yönelik girişimlerinin dağılımı (N=134)

Hemşirelerin Ağrı Durumunda Uyguladıkları Girişimler		n	%
Sık Kullanılan Girişimlerin Dağılımı	Farmakolojik Uygulamalar	48	35,8
	Non-farmakolojik Uygulamalar	13	9,7
	Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler	73	54,5

Tablo 7'de hemşirelerin çocuğun ağrısı olduğunda uyguladıkları yöntemlere ilişkin bilgi durumlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %54,5'i (n=73) ağrı kontrolünde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri birlikte kullandıklarını ifade etti.

Tablo 8. Hemşirelerin uyguladıkları non-farmakolojik girişimlerin dağılımı (N=134)

Non-Farmakolojik Girişimler	n	%
Sık pozisyon değiştirme	2	3,3
Kanguru bakımı ve terapötik dokunma	3	5,0
Masaj	7	11,7
Ağız bakımı verme	1	1,7
Emzik verme / Emzirme	2	3,3
Çevresel uyaranları azaltma	1	1,7
Bireyselleşmiş gelişimsel bakım	1	1,7
Sıcak, soğuk uygulama	17	28,3
Gevşeme tekniklerini öğretme	5	8,3
Dikkati başka yöne çekme	20	33,3
Akupunktur, meditasyon, hipnoz	1	1,7

Tablo 8’de hemşirelerin çocuklarda ağrı durumunda uyguladıkları non-farmakolojik yöntemlerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılanların %33,3’ü (n=20) dikkati başka yöne çekme, %28,3’ü (n=17) sıcak- soğuk uygulama ve %11,7’si (n=7) masajı non-farmakolojik yöntem olarak çocuğun ağrısını gidermekte kullandıklarını ifade etti. Diğer non-farmakolojik yöntemleri uygulayanların toplam %26,7 (n=90) olduğu belirlendi.

Tablo 9. Hemşirelerin ağrı kontrolünde yaşadıkları zorlukların dağılımı (N=134)

Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Yaşadıkları Zorluklar	n	%
Zaman Yetersizliği	22	16,4
Diğer Klinik Çalışanlarıyla Yaşanan Sorunlar	12	9
Çocuk ve aile ile İşbirliğinde Yaşanan Sorunlar	13	9,6
Ağrılı Durumlarda Lüzum Halinde Ağrı Kesici Order Edilmemesi	8	6,0

Tablo 9’da hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolünde karşılaştıkları zorlukların dağılımı yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %16,4’ünün (n=22) zaman yetersizliği, %9,6’sının (n=13) çocuk ve ailesiyle işbirliği ve %9’unun (n=12) diğer klinik

çalışanlarıyla işbirliği konusunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle zorluk çektiklerini belirttikleri görüldü.

Tablo 10. Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi gereksinimi duydukları konuların dağılımı (N=134)

Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Gereksinim Duydukları Konular	n	%
Ağrı Tanılama ve Değerlendirmesi	67	49,9
Ağrı Kontrolü / Tedavisi	10	7,5
Farmakolojik Girişimler	10	7,5
Analjezi Pompaları	29	21,7
Non-farmakolojik Hemşirelik Girişimleri	11	8,2
Psikososyal Hemşirelik Girişimleri	7	5,2

Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi gereksinimi duydukları konuların dağılımı tablo 10'da verilmektedir. Buna göre hemşirelerin %49,9'u (n=67) ağrı tanılama ve değerlendirmede, %21,7'si (n=29) analjezi pompaları hakkında ve %8,2'si (n=11) non-farmakolojik hemşirelik girişimleri konularında bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etti.

4.3. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi Durumları (N=134)

Bu bölümde hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış ifadelere verilen cevapların dağılımları ve bu cevaplardan ortaya çıkan ağrı kontrolü bilgi düzeyleri ile hemşirelerin bireysel, mesleki özellikleri arasındaki ilişkilerin dağılımları yer almaktadır. Hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeylerini belirlemek için verilen ifadeleri bilenlere 1 puan verildiğinde tam doğru bilenler 22 puan almıştır.

Tablo 11. Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumları (N=134)

Ağrı Kontrolüne İlişkin Verilen İfadeler	Bilen		Bilmeyen	
	n	%	n	%
Ağrının yaşamsal bulgu olduğunu	42	31	92	69
Çocuk/annesi ağrısı olduğunu söylüyorsa, ağrısının gerçekten olduğunu	95	71	39	29
Bebekler/yenidoğanların ağrısı algıladıklarını	96	72	38	28
Çocukların yetişkinler kadar ağrı hissettiğini	105	78	29	22
Ağrıya olan tepkinin yaşa göre değiştiğini	100	75	34	25
Çocuğun ağrısının nedeninin her zaman bir hastalık olmadığını	97	72	37	28
Ağrısı olan çocukta her zaman gözlenebilir belirtiler olmadığını	80	60	54	40
Ağrının çocuğun yaşam fonksiyonlarını etkilediğini	125	93	9	7
Ağrının çocuğun kan basıncını değiştirebildiğini	118	88	16	12
Ağrısı olan çocuğun vücut ısısının değişebildiğini	104	78	30	22
Ağrının çocuğun kalp atımlarını hızlandırdığını	126	94	8	6
Ağrının çocuğun solunum hızını etkilediğini	125	93	9	7
Aktivitesini veya uykusunu sürdüren çocuğun da ağrısının olabileceğini	56	42	78	58
Uykusuzluk, anksiyete ve depresyonun ağrıya olan duyarlılığı arttırdığını	120	90	14	10
Ağrı değerlendirmesinin çocuk ve ailesi ile birlikte yapılması gerektiğini	109	81	25	19
Çocuğun ağrısının kontrolünde ailenin desteklenmesi gerektiğini	121	90	2	9
Ağrıyı hafifletecek bir girişim uygulamadan önce çocuğun desteklenmesi gerektiğini	59	44	75	56
Ağrı tedavisinde çocuk ve yetişkinin farklı olduğunu	93	69	41	31
Çocuğun dikkatinin başka yöne çekilebilmesinin ağrı şiddetini göstermediğini	49	37	85	63
Analjeziklerin ağrı başlanmadan önce çocuğa verilmeyeceğini	109	81	25	19
Ağrılı bölgeye uygulanan masajın ağrıyı hafifletebileceğini	101	75	33	25
Sıcak / soğuk uygulamanın ağrının giderilmesinde etkili olabileceğini	118	88	16	12
TÜM MADDELERDEN ALINAN PUAN ORTALAMALARI	Ort. ± SS		Min.	Max.
	14,53±1,72		10,00	22,00

Tablo 11’de hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımları yer almaktadır. Bu tabloda da görüldüğü gibi, hemşirelerin %31,3’ünün (n=42) ağrının bir yaşam bulgusu olduğunu, %78,4’ünün (n=105) çocukların da yetişkinler kadar ağrı duyduğunu, %41,8’inin

(n=56) aktivitesini veya uykusunu sürdüren çocuğun da ağrısının olabileceğini, %44'ünün (n=59) ağrıyı hafifletecek bir girişim uygulamadan önce çocuğun desteklenmesi gerektiğini bildiği belirlendi. Hemşirelerin %36,6'sı (n=49) çocuğun dikkatin başka yöne çekilebilir olmasının ağrısının şiddetini göstermeyeceğini bildiği görüldü.

Araştırmaya katılan çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşireler bu ifadelerden ortalama 14,53 ($\pm 1,72$) puan aldı. Bu bilgilerden alabilecekleri en yüksek puan 22 idi.

Tablo 12. Hemşirelerin ağrı bilgi düzeyi sınıflandırması (N=134)

Ağrı bilgi durumu	Soru Sayısı	Bilen		Bilmeyen		Puan Ort p
		n	%	n	%	
Ağrıyı ile ilgili genel bilgi	6	14	10,4	120	89,5	3,95 \pm 0,05
Ağrıyı değerlendirme	12	11	8,2	123	91,7	7,9 \pm 0,04
Ağrı tedavisi	4	26	19,4	108	80,5	2,63 \pm 0,05
TOPLAM	22	51	38	83	62	14,53\pm1,72

KW:0,002 p>0,05

Tablo 12'de hemşirelerin ağrı bilgi düzeylerinin sınıflandırması yer almaktadır. Tablo 11'de yer alan ifadeler kendi arasında ağrıyı tanıma, ağrının değerlendirilmesi ve ağrı tedavisini içeren ifadeler olmak üzere Tablo 12'de üçe ayrılmaktadır. Hemşireler ağrının tanınması bölümünden ortalama 3,95, ağrının değerlendirilmesi bölümünden ortalama 7,9 ve ağrının tedavisi bölümünden ortalama 2,63 puan almışlardır ($\pm 0,05$). Ağrı kontrolü bölümleri ile bu bölümleri tam doğru yapan hemşirelerin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (KW:0,002; p>0,05).

Tablo 13. Sosyodemografik özelliklerin ağrı kontrolü bilgi düzeyi ile ilişkisi (N=134)

Sosyodemografik Özellikler		Ağrı Kontrolü Bilgi Düzeyi	
		(Ort \pm SS)	KW / Mann-U p
Cinsiyet	Erkek	13,83 \pm 1,83	**276,00;
	Kadın	14,56 \pm 1,71	0,23
Eğitim Durumu	Lise/Sağlık koleji	14,42 \pm 2,12	*0,60;

	Önlisans	14,81±1,84	0,73
	Lisans	14,47±1,41	
Çalıştığı Kurum	Üniversite Hastanesi	14,73±1,66	*6,13; 0,04
	Devlet Hastanesi	14,65±1,64	
	Özel Hastane	13,37±1,85	
Çalışılan Klinik	Çocuk acil	14,91±1,50	*8,94; 0,06
	Çocuk YBÜ	15,33±1,61	
	Yenidoğan YBÜ	13,81±1,70	
	Çocuk Cerrahisi	14,87±1,89	
	Dâhiliye	14,55±1,62	
Çalışma süresi	1-5 yıl	14,57±1,64	*0,09; 0,95
	6-10 yıl	14,46±1,77	
	11 yıl ve üstü	14,37±2,12	
Çocuk Kliniğinde Çalışma Süresi	1-3 yıl	14,55 ±1,63	*0,79; 0,67
	4-6 yıl	14,70 ±1,84	
	7 yıl ve üstü	13,80±2,15	
Çalışma Düzeni	Sürekli Gündüz	13,71±2,00	**858,00;
	Vardiyalı	14,68 ±1,62	0,04
Çalışma Saati	40-48 saat arası/hafta	14,73±1,83	**1929,00;
	48 saat ve üstü/hafta	14,33±1,58	0,15

*KW **Mann-U

Tablo 13’de hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri karşılaştırılmaktadır. Buna göre; cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı çocuk kliniği, çalışma süresi, çocuk kliniği ünitesinde çalışma süresi ve haftalık çalışma saati değişkenleri ile hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (KW=0,605; p=0,739>0,05). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde üniversite (14,73±1,66) ve devlet hastanesinde (14,65±1,64) çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerinin özel hastanelerde çalışan hemşirelere (13,37±1,85) göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu belirlendi (KW=6,13; p= 0,046<0,05). Hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyleri ile çalışma düzeni arasındaki ilişki incelendiğinde vardiyalı çalışan hemşirelerin (14,68±1,62) sürekli gündüz çalışan hemşirelere (13,71±2,00)

oranla bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (Mann Whitney U=858,00; p=0,040<0,05).

Tablo 14. Hemşirelerin mesleki gelişimlerine ilişkin özellikleri ile ağrı kontrolü bilgi düzeylerinin karşılaştırılması (N=134)

Mesleki Gelişimlerine İlişkin Özellikler		Ağrı Kontrolü Bilgi Düzeyi	
		(Ort±SS)	Mann-U p
Çocuk Kliniğinde Çalışmayı Kendisinin Seçme Durumu	Evet	13,94±1,89	1275,50; 0,02
	Hayır	14,73±1,62	
Çocuk Kliniğinden Memnuniyet Durumu	Evet	14,50±1,87	1930,00; 0,99
	Hayır	14,59±1,34	
Kendi Gelişimini Destekleyici Yayın Takip Durumu	Evet	14,49±1,80	1780,50; 0,82
	Hayır	14,63±1,51	
Seminer/Kongre/Etkinliklere Katılım Durumu	Evet	14,44±1,90	2049,00; 0,81
	Hayır	14,58±1,60	
Ağrı Yönetimine İlişkin Daha Önce Eğitim Alma Durumu	Evet	14,16±1,74	1175,50; 0,27
	Hayır	14,61±1,71	
Ağrı Yönetiminde Kendisini Yeterli Görme Durumu	Evet	14,69±1,55	1622,00; 0,10
	Hayır	14,18±2,00	

Hemşirelerin mesleki gelişimlerine ilişkin bazı özellikleri ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuk kliniğinde çalışmayı kendi isteğiyle seçmeyen hemşirelerin bilgi düzeyi (14,73±1,62), ünite de kendi isteğiyle çalışan hemşirelere (13,94±1,89) göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu

belirlendi (Mann-U=1275,50; $p=0,027<0,05$). Mesleki gelişime ilişkin çocuk kliniğinden memnuniyet durumu, mesleki yayınları takip etme, seminer/kongre gibi bilimsel toplantılara katılma, ağrı kontrolü ile ilgili eğitim alma ve kendisini bu konuda yeterli görme gibi özellikler ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 14; $p>0,005$).

5. TARTIŞMA

Yenidoğanlar ve prematürelere yoğun bakımda tedavi görmeleri sırasında deneyimledikleri ağrıyı gelecek yaşamlarında hatırladıkları ve ağrı eşiklerinin düşük olduğu bilinmektedir (Sönmez, 2009). Literatürde genelde yetişkinlerdeki ağrı kontrolü üzerinde durulmakta ve çocuklardaki akut/kronik ağrı arasındaki ayrıma çok fazla değinilmemektedir (McClain, 2006). Bu nedenle çocukların yaşam kalitesini etkileyebilecek ağrı bulgusunun hemşireler tarafından doğru değerlendirmesi ve kontrolü önemlidir.

Araştırma; çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı kontrolü konusunda bilgi durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar tartışılarak literatür sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun lisans mezunu ve 20-24 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %68,7'sinin (n=92) 1-5 yıl süresince hemşire olarak çalışmakta olduğu ve %70,1'inin (n=94) 1-3 yıldır çocuk kliniğinde hemşire olarak çalışmakta olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bu veriler doğrultusunda araştırmaya katılanların çoğunluğunu genç hemşire grubunun oluşturduğu söylenebilir. Yeni mezun olan hemşirelerin ağrı kontrolü bilgilerinin lisans eğitiminde aldıkları bilgiden kaynaklandığı düşünülmektedir. Lisans süresince ağrı konusunun sınırlı sayıda derste ele alındığı ve özellikle çocuklarda ağrı kontrolü üzerinde çok fazla durulmadığı bilinmektedir (Bozkurt, 2003; Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu, 2008; Twycross, 2002; Chiu et al., 2003). Araştırmada çocuk kliniğinde 7 yıldan daha uzun süredir çalışmakta olan hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeylerinin (Tablo 12; Ort±SS=13,80±2,15, p=0,67), deneyimi daha az olan hemşirelere (Tablo 12; Ort±SS=14,55±1,63, p=0,67) göre daha düşük olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Daha büyük bir örneklem grubu ile gerçekleştirilecek araştırmalarda daha farklı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmüştür. Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu'nun (2008) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde ağrı bilgi düzeyinin uzun süredir çalışan hemşirelerde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ağrı kontrolü bilgi durumunun yıl ve tecrübeyle değişmemesi; hemşirelerin konu ile ilgili bilgiye ulaşmada güçlük çektikleri, mezuniyet sonrası

eğitimler ya da hizmet içi eğitimlerde konuya yeterince yer verilmediği ve hemşirelerin bilimsel programlara katılım veya bilimsel yayınlara ulaşma konusunda güçlükler yaşadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hematoloji, onkoloji, endokrinoloji, kardiyoloji gibi çocuk hastalıkları ünitelerinde (Tablo 3; n=54, %40,3) ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (Tablo 3; n=33, %24,7) çalışmakta olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ağrı konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 13; KW=8,94, p=0,06). YYBÜ'lerinin ciddi sağlık sorunları olan hastalara bakım verilen üniteler olması ve bu ünitelerde çalışan hemşirelerin sürekli güncel bilgilerle donanımlı olmaları gerekmesi nedeniyle, araştırmada YYBÜ'de görev yapan hemşirelerin ağrı konusunda daha fazla bilgi sahibi olacakları düşünülürken, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden daha düşük bilgi puanı almaları da şaşırtıcı bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %84,3'ünün (Tablo 3; n=113) nöbet usulü çalıştığı görülmüştür. Araştırmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyinin vardiyalı çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 13; Mann-U=858,00, p=0,04). Hemşirelerin haftalık çalışma süresiyle ağrı kontrolü bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, gündüz çalışan hemşirelerin daha fazla iş odaklı (laboratuvar, görüntüleme vb tetkikler) çalışması nedeniyle ağrı bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmüştür. Ayrıca vardiyalı çalışan hemşirelerin çalışma sürelerinin uzun olması nedeniyle hastayla daha çok zaman geçirmeleri, gece çalışan hemşirelerin genelde yüksek lisans, doktora gibi akademik alanda eğitimlerine devam etmeleri nedeniyle gece çalışmayı tercih etmeleri ve gece daha çok hasta odaklı çalışılmasının sonucu etkilediği düşünülmüştür.

Hemşirelik büyük bir özveri ve sevgi gerektiren meslektir. Çocuk klinikleri gibi özellikli birimlerde çalışan hemşireler için bu daha önemlidir. Bu araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun çocuk kliniğinde çalışmayı seçmedikleri (n=100, %74,6) halde çoğunun (n=92, %68,7) çalıştıkları klinikten memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu durumun çocuk kliniklerinin çok özel birimler olması, hemşirelerin bu birimlerde çalışmadan önce bilgi ve becerilerinin bu ünitelerde

çalışmakta yeterli olmayacağından çekinmeleri ancak bu ünitelerde çalışmaya başladıktan sonra bilgi ve tecrübelerinin gelişmesiyle birlikte özgüvenlerinin de artmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,6'sı (n=96) gelişimini destekleyici yayın takip ettiklerini, %62,7'si (n=84) seminer/kongre gibi etkinliklere katılmadığını (Tablo 3) belirtmiştir. Bunun yanında hemşirelerin mesleki yayınları takip ve seminer/kongre gibi etkinliklere katılım durumları ile ağrı kontrolü bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 14; $p=0,82$ ve $p=0,81$). Bu durumun hemşirelerin takip ettikleri bilimsel yayınlarda ağrı ve buldukları çalışma alanına ilişkin bilgilerin olabileceğini düşündürürken katıldıkları seminer/toplantılarda verilen bilgilerin ağrı dışındaki konular olması ya da ağrı konusunun ilgilerini çekmemiş olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Gerek yurtdışında gerekse ülkemizde lisans eğitimi sonrası iş hayatında da çok fazla ağrı eğitimi üzerinde durulmadığı literatürde bildirilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010; Özer ve Bölükbaşı, 2001; Chiu et al., 2003). Hemşirelere ağrı eğitimi alıp almadıkları sorulduğunda büyük çoğunluğunun (Tablo 4; n=109, %81,3) eğitim almadığı ancak yine büyük çoğunluğunun (Tablo 4; n=91, %67,9) kendini bu konu hakkında yeterli görmesi şaşırtıcı bir bulgudur. Araştırmada seminer/kongre gibi etkinliklere katılma ve yayın takip etme durumlarının düşük olması da bu durumu doğrulayıcı nitelikte bir bulgudur (Tablo 3). Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışma sonucunda hemşirelerin çoğunluğunun ağrı kontrolü konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı bildirilmiştir. Araştırma bulguları Özer ve arkadaşlarının çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Düzel'in (2008) yaptığı araştırmada ise bu sonuçların aksine hemşirelerin %80,9'unun ağrı kontrolüyle ilgili bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir. Düzel (2008) hemşirelerin %55,3'ünün ağrı kontrolüyle ilgili bilgilerini lisans eğitiminde kazandıklarını bildirmiştir. Bu araştırmada ağrı kontrolüne ilişkin daha önce eğitim alan ve almayan hemşirelerin ağrı bilgi düzeyleri arasında fark olmaması (Tablo 14; Mann-U=1175,50, $p=0,27$); aynı şekilde kendini ağrı kontrolü konusunda yeterli gören ve görmeyen hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyleri arasında da fark olmaması, Düzel'in (2008) çalışma sonucunun aksine ağrı konusunda alınan eğitimin

çok etkili olmadığının göstergesi olarak düşünülmüştür (Tablo 13; Mann-U=1622,00, p=0,10).

Ağrı kontrolü eğitimi ağrının tanınması, değerlendirilmesi ve tedavisini kapsamaktadır. Aynı zamanda ağrı kontrolüne ilişkin eğitimde “hemşirenin rolü ne olmalı, hemşire ne yapmalı” sorularına yanıt bulunmalıdır (McClain, 2006). Bu araştırmada hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyi ortalama 14,53 idi (Tablo 11). Tablo 11 kendi arasında ağrının tanınması, değerlendirmesi ve tedavisi olmak üzere üçe ayrıldığında hemşirelerin en yüksek puanı ağrı değerlendirmesi bölümünden almaları ($7,9\pm 0,05$) şaşırtıcı bir bulgudur. Özer ve arkadaşları (2006) ile De Rond ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmalarda da hemşire ve hekimlerin ağrı kontrolü bilgi düzeylerinin araştırma sonucuna benzer şekilde orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin ağrı kontrolünde bilgilerinin olduğu fakat bu bilgilerinin çocuklarda ağrı kontrolü için yeterli düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Vincent, 2005). Uzman hemşire tarafından teorik bilgi ve uygulamanın birleştirilerek verilen eğitim sonucunda bilgi durumlarının değerlendirildiği çalışmalarda, eğitimin yeterli ve etkili olduğu bildirilmiştir (McClain, 2006; Czurylo, 1999). Bu araştırmada hemşirelere ağrı kontrolü eğitimi verilmediğinden hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeylerinin tamamen bireysel bilgi ve tecrübe birikimlerinden kaynaklanmaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (Tablo 4, n=109, %81,3) ağrı kontrolü eğitimi almamış olması ve örneklem grupları benzer olan çalışma (Özer ve ark., 2006; Yılmaz ve ark., 2010; Düzel, 2008) sonuçları ile karşılaştırıldığında bilgi düzeyinin araştırma grubunda ortalamanın üzerinde olması gelişen teknoloji ve bilgiye erişimin günümüzde daha kolay olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanında ağrı kontrolü eğitimi alan hemşirelerde farklılık olmaması hemşirelerin sadece kendi bilgi birikimiyle bu puanı almaları, etkili bir ağrı kontrolü eğitimi alınırsa bilgi puanının artarak istenilen etkili ağrı kontrolünün gerçekleştirilebileceğini de düşündürmektedir.

Dünyada ağrı kontrolü ile ilgili hemşirelere yön verecek kılavuzlar (AAP, JCHAO, IASP) oluşturulmuştur (Berry and Dahl, 2000; AAP, 2001; Chiu et al., 2003). Literatürde hemşirelerin kendini geliştirecek yayınları takip ederek ya da ağrı kontrolü konusunda eğitimlere katılarak ağrı kontrolünde etkili ve yeterli bilgi sahibi olabilecekleri bildirilmiştir (He et al., 2010; De Rond et al., 2001). Ayrıca hastanelerin

eğitim programlarında ağrı kontrolünün yer alması ve sağlık kuruluşlarının ağrı eğitimlerine teşvik edilmesi önerilmektedir (De Rond et al., 2001).

Ağrı değerlendirmesi uygun ağrı kontrolünün ilk aşamasıdır. Yapılan değerlendirme ve tedavi kayıt edilmelidir. Kayıt edilen ağrı hasta için daha sonraki ağrı deneyimlerinde sağlık çalışanına yardımcı olabilmekte ve ağrının görünebilir somut bir bulgu olmasını sağlamaktadır. Bu araştırmada hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri sorgulandığında; araştırmaya katılanların %58,2'sinin (n=78) alıştıkları kliniklerinde ağrı değerlendirmesinin hiç yapılmadığı ve %55,2'sinin (n=74) bireysel olarak ağrı değerlendirmesi yaptığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 5). Ancak değerlendirme yapan hemşirelerin de sadece %45,5'inin (n=61) ağrı değerlendirmelerini kaydettiği belirlenmiştir. Birçok uygulama yapılmakla birlikte hemşirelerin yaptıkları uygulama ve değerlendirmeleri kaydetmekte yetersiz oldukları dűřünülműřtür. Finlandiya'da 303 hemşire üzerinde yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Salanterä et al., 1999). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin ağrı değerlendirmelerini kayıt edip etmedikleri sorulmuş, araştırma sonuçlarında göre daha fazla oranda hemşirelerin %71,5'i kayıt tuttuklarını bildirilmiştir (Özer ve ark., 2006). Bu durum gerek yurtdışında gerek ülkemizde hemşirelerin yaptıkları işlemleri kaydetme konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu dűřündürműřtür.

Ağrı ölçekleri; ağrının etiyolojisini, süresini, şeklini, hastada bıraktığı etkiyi en önemlisi ağrının şiddetini ölçme ve yaş grubu ne kadar küçük olursa olsun ağrıyı değerlendirmede hemşirelere kolaylık sağlamaktadır (Code, 2001). Bu araştırma da hemşirelere ağrı değerlendirmesinde ölçek bilip bilmedikleri sorulduğunda; hemşirelerin %41,8'i (n=56) ölçekler hakkında bilgi sahibi olduklarını ve hemşirelerin büyük çoğunluğu VAS'ı bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6). Araştırma kapsamındaki hastanelerde klinikte ağrı değerlendirme ölçeği kullanım oranı %29,8 (n=40) olup, %5,2 oranında VAS ve %22,4 oranında Wong-Baker ölçeklerinin en çok kullanılan ölçekler olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Hemşirelerin %14,2'si (n=19) bireysel olarak bir ağrı değerlendirme ölçeği kullandıklarını belirtmiş ve en çok %12,2 (n=16) VAS'ı ağrı değerlendirmesinde kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun hem klinikte (n=94, %70,1) hem de bireysel olarak (n=115, %85,8) ağrı değerlendirme ölçeği kullanmıyor olmasının kliniklerin konuya

yeterli önem vermemesi ya da ağrı konusuna hemşirelerin ilgi duymamasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür (Tablo 6).

Yapılan birçok çalışma sonucunda (Akdovan ve Yıldırım, 1999; Derebent ve Yiğit, 2006; Açıkgöz ve ark., 2012; Bayraktar ve Gözen, 2012; Özkan ve ark., 2012) ağrı değerlendirilmesinde hastanın yaşına, bulunduğu kliniğe göre birçok ölçek geliştirilmiş ve geçerlik/güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilerek kullanıma sunulmuştur.

Fakat bu araştırmanın yapıldığı ildeki hemşirelerin sadece iki tane ağrı değerlendirme ölçeği (VAS, Wong-Baker) bilmeleri, bu konuda bilgi açığının olduğu ya da çalışan hemşirelerin yapılan araştırmalara ulaşmakta güçlük çektiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu araştırmada en çok bilinen ve kullanılan ölçüm aracının VAS olarak belirtilmesi bu ölçüm aracının, en eski, güvenilir, etkili ve kullanımının kolay olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Özer ve arkadaşları (2006) hemşirelerin %74,5'inin, Ay ve Alpar (2010) %67,7'sinin, Akdemir ve arkadaşları (2008) %67,7'sinin araştırma sonuçlarına benzer şekilde hastanın ağrısını ölçmek için ağrı değerlendirme ölçeği/skalası kullanmadığını bildirmişlerdir. Bozkurt (2003) yaptığı çalışmada YYBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin ağrıyı değerlendirmede en fazla davranışsal göstergeleri kullandıklarını bildirmiştir. Salanterä ve arkadaşlarının (1999) Finlandiya'da bulunan üniversite hastanelerinde yaptıkları çalışmada da hemşirelerin çocuklarda ağrıyı değerlendirmek için çocuğun davranışsal ve fizyolojik değişiklikleri gözlemledikleri ağrı ölçeklerini nadiren ya da hiç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Efe ve arkadaşlarının (2011) Türkiye'de bulunan 15 üniversite hastanesindeki çocuk kliniklerinde yaptıkları çalışmada ise bu verilerin aksine hemşirelerin %50,5'inin bebeklerde ağrı değerlendirmesinde fizyolojik ve davranışsal göstergeleri kullandıklarını bildirmişlerdir. Araştırma sonucu da Efe ve arkadaşlarının (2011) çalışma bulgularında elde ettikleri sonuçtan oldukça düşük bulunmuştur. Bu sonucun yapılan araştırmada bütün hastane gruplarından örneklem seçilmesi oysa Efe ve arkadaşlarının çalışmasında örneklem grubunun sadece üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerden oluşturulmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Nitekim araştırmada üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin ağrı kontrolü bilgi düzeyinin diğer hastanelerde çalışan hemşirelerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunması bu sonucu doğrular niteliktedir (Tablo 13; KW=6,13, p=0,04). Diğer çalışmaların sonuçları ve araştırma bulguları doğrultusunda, üniversite hastanelerinde araştırma ve eğitimin

sürekli güncel olması nedeniyle burada çalışan hemşirelerin de bilgiye ulaşmalarının daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Ölçek/skala kullanımında hemşire faktörü dışında çalışılan kurumun prosedürleri de etkili olmaktadır. Hastane prosedürlerinde ölçek/skala kullanma ve kullanılması gereken ölçekler belirlenmediğinde, ağrı değerlendirme yapılmayabilir ya da birbirinden farklı ölçekler kullanılabilir. Bu araştırmada kliniklerde ölçek kullanım oranının (Tablo 6; n=40, %29,8) düşük olması bunun göstergesi olarak düşünülmektedir. Merkel ve Malviya'nın (2002) araştırmalarında belirttiği gibi ağrı yönetiminin hastane prosedürlerinde yer alması sağlanmalı ve ağrı değerlendirmesine bir standart getirilmelidir. Bu durumda ağrı elle tutulur gözle görülür bir kavram olacaktır. Ağrı ve ağrı kontrolünün kayıt altına alınması bu konuda var olan bilgi açığının nereden kaynaklandığını ve nasıl çözümlenebileceği konusunda yeni yöntemler geliştirilmesini sağlayabilmektedir.

Hemşirelerin çocuklarda ağrı durumunda yaptıkları girişimler sorgulandığında araştırmaya katılanların %59'u (n=79) hekime danıştıklarını, %20,9'u (n=28) farmakolojik girişimleri, %20,1'i (n=27) ise non-farmakolojik girişimleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (Şekil 1). Ay ve Alpar'ın (2010) yaptıkları araştırmada hemşirelerin %77,2'sinin hekim istemine göre hareket ettiklerini bildirmiştir. Bu sonuçlar, araştırma sonucuna benzer şekilde gerek araştırmada gerekse diğer literatürlerde (Akdemir ve ark., 2008; Yılmaz ve Gürler, 2011) ağrı tedavisinde, hemşirelerin kurum ya da eğitim farkı olmaksızın fazla iş yükü, uzun çalışma süresi gibi çalışma şartları nedeniyle bağımlı girişimleri tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Çocuklarda ağrı durumunda hemşirelerin direkt olarak hekime başvurmaları yerine çocuğun ağrısını değerlendirerek bağımsız fonksiyonları olan uygun non-farmakolojik yöntem ile ağrıyı dindirmede yetersiz oldukları bilinmektedir. Araştırmada hemşirelerin %54,5'i (n=73) ağrı durumunda farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri birlikte uyguladıklarını, %35,8'i (n=48) farmakolojik yöntemleri uyguladıklarını, sadece %9,7'si (n=13) non-farmakolojik yöntem kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo 7). Akdemir ve arkadaşları (2008) %90, Bozkurt (2003) %62,5 ile hemşirelerin ağrıya yönelik girişimlerden non-farmakolojik ve farmakolojik girişimleri birlikte kullandıklarını, Özer ve Bölükbaşı (2001) %67,3'ünün non-farmakolojik

yöntemleri kullandıklarını bildirmiştir. Akdemir ve ark'nın (2008) ve Özer ve ark'nin (2006) araştırmalarında ağrıya yönelik farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanım oranının araştırma sonuçlarından daha yüksek olması araştırma kapsamına alınan hastane çeşitliliğinden kaynaklandığını düşündürmüştür. Akdemir ve arkadaşları (2008) ile Özer ve arkadaşlarının (2006) çalışma kapsamına aldıkları hastaneler üniversite hastaneleridir. Bu araştırmada hemşirelere kullanılan non-farmakolojik uygulamaları sorulduğunda ilk sırada %33,3(n=20) ile dikkati başka yöne çekme, ikinci sırada %28,3 (n=17) ile sıcak/soğuk uygulama yapma ve üçüncü sırada %11,7 (n=7) ile masaj gelmektedir (Tablo 8). Efe ve Savaşer (2007) gerçekleştirdikleri çalışmada; emzirme ve oral sukroz vermenin, Çevik (2003) çocuklarda yanık ağrısı tedavisinde; sıcak/soğuk uygulamanın ve masajın ağrıyı azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan başka bir araştırmada ağrıyı azaltmak için hemşirelerin %12,7'si masaj, %8,5'i gevşeme tekniklerini öğrettiklerini belirtmişlerdir (Ay ve Alpar, 2010). Özer ve Bölükbaşı (2001) hemşirelerin %54,2'sinin psikolojik desteğİ, Efe ve arkadaşları (2011) dokunma ve emzik vermeyi non-farmakolojik yöntem olarak uyguladıklarını bildirmiştir. Araştırmada emzik verme, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım, müzik vb. etkili non-farmakolojik yöntemleri uygulayanların (Tablo 8; n=90, %26,7) çok az olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Ay ve Alpar (2010) yaptıkları araştırmada hemşirelerin ağrı tedavisinde en sık analjezik uyguladıklarını, non-farmakolojik yöntemleri çok fazla uygulamadıklarını bildirmiştir (Ay ve Alpar 2010). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin tedavi uygulamaları gibi bağımlı fonksiyonlarının yanı sıra bağımsız fonksiyonlarının bilincinde oldukları, fakat gerek bireysel nedenlerle gerek çalışma ortamı ve şartları nedeniyle bu girişimleri yeteri kadar uygulayamadıkları tüm çalışmalarda benzer bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin lisans mezunu oldukları ve beş yıldan daha az süredir çalıştıkları (Tablo 3) için ağrı kontrolü konusunda bilgi eksikleri olduğu düşünölmüştür. Bilgi gereksinimi duydukları konular sorulduğunda hemşirelerin %49,2'si (n=65) ağrı tanılama ve değerlendirmesi, %22'si (n=29) analjezi pompaları ve %8,3'ü (n=11) non-farmakolojik hemşirelik girişimleri konularında bilgi gereksinimi olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 10). Hemşirelerin non-farmakolojik yöntem kullanımı az olmakla birlikte (Tablo 4; n=91, %67,9) bu konuda bilgi gereksinimi duymadıkları saptanmıştır.

Hemşireler non-farmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda liderlik görevini üstlenerek bu yöntemlerin daha çok kullanılmasını sağlayabilir (He et al., 2010). Non-farmakolojik yöntemlerin bilinmemesi ve uygulanmamasının bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle hemşireler uygulanması daha kolay olan farmakolojik yöntemlere yönelmekte ve hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan non-farmakolojik uygulamaları göz ardı etmektedirler. He ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada; ağır iş yükü, zaman ve çocuklarda işbirliğindeki zorlukların hemşirelerin non-farmakolojik yöntemleri kullanmalarında en sık karşılaştıkları engeller olduğunu bildirmişlerdir. Tüfekçi ve arkadaşları (2010) pediatrik ağrı yönetimi için en önemli engellerin “hemşirelerin zamanlarının yetersiz olması” (%90) ve “hemşirelerin çocukların bağımlı hale gelmeleri konusundaki endişeleri” (%90) olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada Tüfekçi ve arkadaşları (2010) ile He ve arkadaşlarının (2010) çalışma sonuçlarına benzer şekilde hemşirelerin %16,4’ü (n=22) zaman yetersizliği, %9,6’sı (n=13) çocuk ve ailesiyle işbirliğinde yaşanan sorunlar ve %9’u (n=12) diğer klinik çalışanlarıyla yaşanan sorunlar nedeniyle ağrı tedavi yöntemlerini kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9). Hamers ve arkadaşları (1994) ağrı kontrolünün hemşire dışında hastanın yaşı, hastanın ailesi, tıbbi tanı, çocuğun ifadeleri, çalışma saatleri gibi çevresel etkenler nedeniyle de engellendiğini bildirmektedir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse ağrı kontrolü de o kadar zorlaşır. Yaş azaldıkça sözel ifadeler yerine davranışsal ifadelerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu durum hemşirenin çok dikkatli gözlem yapmasını gerektirmektedir.

Yaşam bulguları takibi, postoperatif dönemde bireyin fizyolojik fonksiyonlarının göstergesi olarak sık yapılan bir uygulamadır ve ağrı bu bulguların değişmesine neden olmaktadır. Bu nedenle yaşam bulguları takibiyle birlikte ağrı varlığı da takip edilmelidir. Araştırmada ağrının bir yaşamsal bulgu olup olmadığı sorgulandığında hemşirelerin %31,3’ü (Tablo 11; n=42) ağrının vital bulgu olduğunu ifade etmiştir. Ay ve Alpar’ın (2010) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %49,8’i ağrı varlığında yaşam bulguları ve ağrı takibi yapmadıklarını ifade etmişlerdir (Ay ve Alpar, 2010). Bu araştırma ve yapılan diğer çalışmalar ağrının hala hemşireler tarafından bir yaşam bulgusu olarak değerlendirilmediğini göstermektedir. Başarılı bir ağrı kontrolü için hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin ağrıyı beşinci yaşam bulgusu olarak kabul etmeleri, bu konuda bilgi sahibi olmaları ve ağrı değerlendirmesinin de diğer yaşam

bulguları gibi rutin yapılan kontroller arasında yer alması ağrı kontrolünde birçok engelin ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir (Lynch, 2001).

Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar (Sönmez; 2009, Derebent ve Yiğit; 2006) incelendiğinde sağlık ekibi üyelerinin genellikle yenidoğan ve çocukların ağrıyı hissetmediklerine inandıkları görülmektedir. Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun (n=96; %72) bebekler ve yenidoğanların da ağrı hissettiklerine inandıkları belirlenmiştir (Tablo 11). Bozkurt'un 2003 yılında gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda da araştırma bulgularından daha yüksek oranda (%100) hemşirelerin yenidoğanların da ağrı hissettiklerini ifade ettikleri bildirilmiştir. İki sonuç arasındaki farkın Bozkurt'un (2003) çalışmasında örneklem grubuna sadece YYBÜ'de çalışan hemşirelerin alınmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu sonuç halen YYBÜ gibi özellikli kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi durumunun sürekli güncellenmesi ancak diğer pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin %28 gibi büyük oranda bebek/yenidoğanların ağrı hissetmediklerine inandıklarını göstermiştir.

Araştırmada hemşirelerin %71'inin (Tablo 11; n=95, %71) çocuk/annesinin ağrı ifade ettiklerinde gerçekten ağrısının olduğuna inandıkları görülmüştür. Özer ve Bölükbaşı'nın (2001) yaptıkları araştırmada hemşirelerin %96,2'sinin ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını belirtmiştir. Eti-Aslan ve Badır (2005) kendi çalışmalarında bunun hasta ile hemşire arasında güven sorununa bağladığını bildirmiştir. Özer ve Bölükbaşı'nın (2001) çalışma sonucunun aksine araştırmada hemşirelerin çocuk/ailelere ağrı konusunda inanmaları iki çalışmanın yapıldığı zaman (10 yıldan uzun) süreci içinde hemşirelerin ağrı konusundaki bilgilerinin az da olsa artmış olduğundan kaynaklandığını düşündürmüştür. Nitekim Özer ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında hemşirelerin bilgi düzeyi orta düzeyde iken bu araştırmada ortalamanın üzerine çıktığı görülmüştür (Tablo11; Ort \pm SS=14,53 \pm 1,72).

Ağrının giderilmesi bir insan hakkıdır ve yaşı ne olursa olsun ağrısı olan hastanın ağrısı dindirilmeli ya da kabul edilebilir düzeyde azaltılmalıdır. Özellikle çocuğun ağrıya dayanması beklenmemeli ve istenmemelidir. Araştırmada hemşirelerin %56'sının (Tablo 11; n=75) ağrıyı hafifletecek bir girişim uygulamadan önce çocuğun desteklenmesi gerektiğini bilmediği görülmüştür. Araştırmada hemşirelerin %63'ü (Tablo 11; n=85) çocuğun dikkatinin başka yöne çekilebilmesinin ağrı şiddetini

göstermeyeceğini bilememiştir. Bu sonuç hemşirelerin sadece ağrı değerlendirme konusunda değil aynı zamanda çocukların yapısı gereği çok çabuk dikkatlerinin başka yönlere çekilebileceği, bazen ağrının şiddetinin bu durumu etkilemeyeceği konusunda da yeterli bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmüştür.

Araştırma sonuçlarında da bulunduğu gibi; çocuğun ağrısının kontrolünde hemşirenin bilgi düzeyinin önemi birçok araştırmada vurgulanmaktadır. Hemşirenin ağrısı olan çocuğa bakım verirken bilimsel bilgiye ulaşması ve çocuğun bakımında bu bilgiyi kullanması gerekmektedir (Oakes et al., 2008). Bunun sağlanması için de ağrı değerlendirmesinin rutin yaşam bulguları değerlendirmeleri arasında yer alması, hemşirelerin ağrı kontrolü konusunda eğitim alması ya da eğitimlerle bilgilerinin güncellenerek güçlendirilmesi (Tsai et al., 2007) çok önemlidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kocaeli ilinde çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda aşağıda yer alan sonuç ve düşünülmüştür:

- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı ile ilgili eğitim almadığı, bilimsel toplantılara katılmadığı ve yayınları takip etmedikleri,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı değerlendirmede ölçek kullanmadıkları ve çalıştıkları kliniklerinde de kullanılmadığı,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumunun ortalamanın çok az üzerinde ancak yetersiz olduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı tedavisinde doktorun önerdiği farmakolojik yöntemi uyguladığı, hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan non-farmakolojik ağrı tedavi yöntemlerin çok az orana kullanıldığı,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı değerlendirmesi ve kontrolünde çevresel etkenler nedeniyle güçlükler yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık kurumlarında ağrı kontrolü protokollerinin oluşturularak uygulamaya konulması,
- Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin ağrı kontrolü ile ilgili bilgilerinin güncel tutulması,
- Gerçekleştirilen araştırma sonuçlarının klinik hemşireleriyle paylaşarak uygulamaya yansıtılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Açıkğöz A., Yıldız S., Çiğdem Z., Demirüstü Akşit A., Yarar M. (2012) N-PASS: Yenidoğan Ağrı/Ajitasyon, Sedasyon Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlaması- Akut Ağrıda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. [özet] 34. Pediatri Günleri 13. Pediatri Hemşirelik Günleri, İstanbul.

Ağrı <http://tdkterim.gov.tr> (Erişim Tarihi: 28.11.11).

Akdovan T., Yıldırım Z. (1999) Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi. [özet] Perinatoloji Dergisi, 7(2):107.

American Academy of Pediatrics, American Pain Society, (2001) The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. Pediatrics,, 108(3): 793-797.

Ay F., Alpar ŞE. (2010) Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı, 22(1):21-29.

Akdemir N., Akyar I., Görgülü Ü. (2008) Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları. Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 54:157-163.

Akyürek ., Conk Z. (2006) Yenidoğan bebeklere uygulanan iğneli girişimlerde non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (1) : 1-17.

Aydın ON. (2002) Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. Derleme. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3(2) : 37-48.

Aydınlı I. (2005) Ağrının fizyopatolojisi. Derleme. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 51(Özel Ek B): 8-13.

Bacaksız BD. (2007) Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.

Baeyer CL., Spagrud LJ. (2007) Systematic Review of Observational (Behavioral) Measures of Pain for Children and Adolescents Aged 3 to 18 Years. *Pain*, 127:140-150.

Bayraktar S., Gözen G. (2012) Preterm yenidoğanda ağrıyı değerlendirmede kullanılan EDIN ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışması. [özet] 34. Pediatri Günleri ve 13. Pediatri Hemşirelik Günleri, Nisan. İstanbul.

Behrman RE., Kliegman RM., Jenson HB. (2008) Pediatrik ağrıda yaklaşım. *Nelson Pediatri*, Nobel Tıp Kitabevleri ,Cilt 1: 358-366 İstanbul.

Berry PH., Dahl JL. (2000) The New JCAHO Pain Standards: Implications for Pain Management Nurses. *Pain Management Nursing*, March 1(1):3-12.

Bozkurt H. (2003) Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin yenidoğanda ağrı yönetimi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.(Tez Danışmanı Yard. Doç. Dr. Zerrin Çiğdem).

Büyükyılmaz F., Aştı T. (2009) Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2):84-93.

Candan Y., Kaymakçı Ş. (2005) Çocuklarda intravenöz girişimlerden önce lokal anestetik etkili krem emla uygulanması ile eğitim verilerek yapılan hazırlığın ağrı üzerine etkilerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1):1-11.

Chiu LH., Trinca J., Lim LM., Tuazon JA. (2003) A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students: Australia and Philippines. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1):99-108.

Code A. (2001) Pain management nursing role/core competency. A guide for nurses Board of Nursing Health Occ 8; 2-13.

Conlon PM. (2009) Assessment of pain in the paediatric patient. *Nursing, Paediatrics and Child Health*. 19(S1): S85-S87.

Czurylo K., Gattuso M., Epsom R., Ryan C., Stark B. (1999) Continuing Education Outcomes Related to Pain Management Practice. The Journal of Continuing Education in Nursing, Mar/Apr 30(2):84-87.

Çevik Ü. (2003) Yanıklı çocuklarda ağrı ve hemşirelik yaklaşımları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):91-95.

Çöçelli LP., Bacaksız BD., Ovayolu N. (2008) Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14:53-58.

De Rond M., De Wit R., Van Dam F. (2001) The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice: Results of a follow-up study in five hospitals. Journal of Advanced Nursing, 35(4):590-598.

Derebent E., Yiğit R. (2006) Yenidoğanda ağrı: Değerlendirme ve yönetim. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):41-48.

Derebent Y. (2007) Prematüre bebeklere yapılan invaziv girişimler sırasındaki ağrıyı azaltmada kanguru bakımının etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.(Tez Danışmanı Yard. Doç. Rana YİĞİT, Prof. Dr. Aytuğ ATICI).

Desparmet-Sheridan JF. (2000). Pain in Children. Practical Management of Pain. p:295-315. Edit By Raj PP. 3rd Edit, St Louis: Mosby Year Book., Philadelphia.

Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E. (2011) Yenidoğanlarda ağrı ve non farmakolojik tedavi. Derleme. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27(1):46-51.

Düzel V. (2008) Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Necdet Aytaç).

Efe E., Dikmen Ş., Altaş N., Boneval C. (2011) Turkish pediatric surgical nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and nonpharmacological and environmental methods in newborns' pain relief. Pain Management Nursing. Pain management of nursing. November
[http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(11\)00140-8/pdf](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(11)00140-8/pdf) Erişim tarihi: 11.03.2012

Efe E., Savaşer S. (2007) Yenidoğanlarda periferik venöz kan örnekleme sırasında oluşan ağrıyı azaltmada iki farklı yöntemin etkinliği. *Ağrı*, 19(2):49-56.

Elçigil A. (2011) Çocuğun ağrısının yönetiminde pediatri hemşiresinin karar vermesini etkileyen faktörler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 4(1):48-53. [Elektronik Dergi]. <http://www.deuhyoedergi.org> Erişim Tarihi: 12.03.2012

Ellis JA., O'Connor BV., Barbara V., Cappelli M., Goodman J., Blouin R., Reid C. (2002) Pain in Hospitalized Pediatric Patients: How Are We Doing? *Clinical Journal of Pain: July-August* 18(4): 262-269.

Emir S., Cin Ş. (2004) Çocuklarda ağrı: Değerlendirme ve yaklaşım. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(3):153-160.

Eti-Aslan F. (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):9-16.

Eti-Aslan F., Badır A. (2005) Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17:2:44-51.

Gahin A., Aydın L., Richarz U. (2010) Türkiye’de Kronik Ağrı. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, (Bildiri no:428) İzmir.

Gökçe B. (2000). Pediatrik hastada psikolojik yaklaşım ve tedavi. III. Çukurova Anestezi Günleri. Sözel bildiri. [özet] Adana.

Güleç G., Güleç Ş. (2006) Ağrı ve ağrı davranışı. *Derleme. Ağrı*, 18(4):5-9.

Güler D (2006) Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Güzeldemir ME. (1995) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom*, Haziran:11-21.

Hamers JPH., HuijerAbu-Saad H., Halfens RJG., Schumacher JNM., (1994) Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. [abstract]. *Journal of Advanced Nursing*, (20):853-860.

- Hand IL., Noble L., Geiss D., Woiznak .,L Hall C (2010) COVERS pain scale: Development and validation Internation. *Journal of Pediatrics*:1-5.
- He HG., Jahja R., Lee TL., Ang EN., Sinnappan R., Vehviläinen-Julkunen K., Chan MF. (2010) Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal Advance Nursing*, Nov;66(11):2 398-409.
- Heye ML., Goddard L. (1999) Teaching pain management: how to make it work. [abstract]. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(1):27-36.
- Hodgkin R., Newell P. (2007) Implementation Hand Book for the Convention on the Rights of the Child, UNICEF, p:1-15.
- Holiday B., Salanterä S Lauri S Salmi TT Aantaa R. (1999) Nursing activities and outcomes of care in the assessment, management and documentation of children's pain. [abstract]. *Journal of Pediatric Nursing*. 14(6): 408-414.
- Huguet A., McGrath PJ., Stinson J., Chambers CT., Miró J., (2011) Shaping the future of research on chronic pain in children. *Pediatric Pain Letter*, April, 13(1):7-12.
- Karayurt Ö., Akyol Ö. (2008) Yoğun Bakım hastalarında ağrı değerlendirmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4):96-104.
- Ljusegren G., Johansson I., Berlung IG., Enskär K. (2012) Nurses Experiences of Caring for Children in Pain. *The Research School of Health and Welfare CHILD Research Environment*, School of Health Sciences Jönköping University. Sweden.
- Lynch M. (2001) Pain as the fifth vital sign. *J Intraven Nursing*, Mart-Nisan 24(2):85-94.
- McArthur E., Cunliffe M. (1998) Pain assessment and documentation making a difference. *J Child Health Care*, Winter 2(4):164-9.
- McClain BC. (2006) Hospital-based pain care for infants and children. *Bringing Pain Relief to Children, Treatment Approaches*:1-30.

McGrath PJ., Finley GA., Ritchie J., Dowden SJ. (2003). Pain, pain, go away: helping children with pain. Pediatric Pain Research Lab Psychology Department, Dalhousie University. Canada: 1-28.

Merkel S., Malviya S. (2000). Pediatric pain, tools, and assessment. Perianesth Nurs. Dec;15(6):408-14.

Oakes LL., Angheliescu DL., Windsor KB., Barnhill PD., (2008) An Institutional Quality Improvement Initiative for Pain Management for Pediatric Cancer Inpatients. Journal of Pain and Symptom Management, 35(6):656-669.

Ocakçı A., Yiğen E. (2004) Ağrı ve ağrılı uygulamalarda hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1):117-126.

On AY. (2006). Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. Ağrı. 18(2):5-14.

Özer N., Bölükbaş N. (2001) Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):7-17.

Özer S., Akyürek B., Başbakkal Z. (2006) Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. Ağrı, 18(4):36-43.

Özkan A. (2004) Kanser hastalarında ağrı değerlendirilmesi XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı [özet] Syf:189-192.

Özkan S., Eren Tekin D., Kara N., Yapıcı H., Tansuğ N., Arkuran F. (2012). COVERS Skalası Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. [özet]. www.egepediatrigunleri.com/gorseller/files/poster-ozetleri.pdf Erişim Tarihi:15.04.2012

Özveren H., Uçar H. (2009). Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 16(3):59-72.

Özyalçın S., Dinçer S. (2007) Çocuklarda Ağrı. Klinik Gelişim. Ağrı Özel Sayısı. 20(3):69 -140.

Özyazıcıoğlu N., Çelebioğlu A. (2008) Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin yenidoğanda ağrıya ilişkin bilgi ve görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3):9-16.

Perquin CW., Hazebroek-Kampschreur AAJM., Hunfeld JAM., Bohnen AM., Suijlekom-Smit LWA., Passchier J., Wouden JC. (2000) Pain in children and adolescents: a common experience. [abstract]. Pain, 87:51-58.

Ping CJ (2007) Pain Management. Global New Series For Hemophilia Nurses, July: 1-13.

Salanterä S. (1999). Finnish nurses' attitudes to pain in children, Journal of Advanced Nursing, 29(3):727-736.

Sarıkaya Karabudak S., Bal Yılmaz H. (2009) Yenidoğanda ağrının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25(1):101-106.

Sönmez D. (2009). Pediatrik yoğun bakım ünitesinde endotrakeal aspirasyon ağrısının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Stanford EA., Chambers CT., Biesanz JC., Chen E. (2008) The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. Pain, 138:11-21.

Tsai F., Tsai Y., Chien C., Lin C. (2007) Emergency nurses knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. Journal of Clinical Nursing, 16:2088-2095.

Tüfekçi F., Karaman Özlü Z., Arslan S., Canbulat N., Özkan H. (2010) Cerrahi hemşirelerinin ağrı ile ilgili bilgi, tutum ve inançları, optimal ağrı yönetimi için algıladıkları engeller. [özet]. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 2(2):123-130.

Twycross A. (2002) Educating nurses about pain management: The way forward. Journal of Clinical Nursing, 11:705-714.

Vervoort T.(2008) The social function of pain catastrophizing in children and adolescents. Proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Doctor in de Psychologische. Wetenschappen .

Vincent CVH (2005) Regarding Children's Pain. Nurses Knowledge Attitudes and Practices May/June 30(3):290-301.

White K., Harth M. (2003) Sex differences in chronic widespread pain and fibromyalgia: do they exist and why? XX vs. XY, January,1(1):5-8.

Yapucu Güneş Ü., Eşer İ., Khorshid L. (2005) Hekim ve hemşirelerin hastaların yaş ve cinsiyetine göre ağrıya verdikleri yanıtlara ilişkin inanışları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1):145-156.

Yentür EA. (2007) Ağrı ve Yaşam Kalitesi. [özet] 2. Sağlıkta yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı.E.Ü. İzmir.

Yıldızeli Topçu S. (2008) Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Edirne. (Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Yılmaz G., Durmaz Akyol A., (2009) Yoğun Bakım Hastasında Ağrı ve Ağrının Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6(1):27-33.

Yılmaz M., Özüm Ö., Gürler H., Çiftçi ES. (2010) Sağlık Alanında Eğitim Alan Üniversite Öğrencilerinin Ağrı Kavramına İlişkin Bilgileri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2:17-27.

Yılmaz M., Gürler H. (2011) Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı, 23(2):71-79.

Yiğit R. (2009). Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Sistem Ofset Yayınları. Ankara.

Zajac J. (1992) Pediatric pain management. Critical Care Nursing Q. Aug;15(2):35-51.

Zempsky WT., Schechter NL. (2003). What's New in the Management of Pain in Children Pediatrics in Review 24(10):337-347.

8. EKLER

EK-1

Veri toplama formunu oluştururken görüşleri alınan uzmanlar aşağıdadır:

1. Prof. Dr. Gülay GÖRAK

İstanbul Bilim Üniversitesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

2. Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

3. Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

4. Doç Dr. Rana YİĞİT

Mersin Üniversitesi Mersin Sağlık Yüksekokulu

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

5. Yrd. Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

Çocuk Hemşireliği ABD

EK-2

ÇOCUKLARDA AĞRI KONTROLÜ ANKET FORMU

Açıklama

Bu araştırma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında ve sonrasında ortaya çıkan ve katılımcıları ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda katılımcılar bilgilendirilecektir. Bu çalışmanın değeri sorulan soruları cevaplandırmada göstereceğiniz samimiyet ve dikkate bağlıdır.

İlgi ve iştinliğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Hem. Ayşegül Artan

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Duygu GÖZEN

Sosyodemografik Özellikler:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz
a) Erkek b) Kadın
3. Medeni Durumunuz
a) Evli b) Bekâr
4. Çocuğunuz var mı?
a) Evet b) Hayır
5. Eğitiminiz?
a) Lise / Sağlık Koleji
b) Önlisans
c) Lisans
d) Lisansüstü
6. Lisans üstü eğitim alanınız.....
7. Çalıştığınız Kurum:
a) Üniversite Hastanesi
b) Devlet Hastanesi
c) Özel Hastane
8. Çalıştığınız çocuk kliniği
a) Çocuk acil
b) Çocuk yoğun bakım ünitesi
c) Yenidoğan yoğun bakım ünitesi
d) Çocuk cerrahisi
e) Dahiliye
9. Çalışma süreniz:
10. Çocuk kliniğinde çalışma süreniz.....
11. Haftalık çalışma saatiniz saat/hafta
12. Çalışma Düzeniniz

- a) Sürekli gündüz
- b) Sürekli gece
- c) Nöbet usulü

Ağrı Kontrolü

13. Çocuk kliniğinde çalışmayı kendiniz mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır
14. Çalıştığınız klinikten memnun musunuz?
a) Evet b) Hayır
15. Mesleğinizle ilgili kendi gelişiminizi destekleyici yayınları takip ediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
16. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili seminer/kongre gibi etkinliklere katılıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
17. Çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin daha önce eğitim/ders aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
18. 17. soruya cevabınız evet ise eğitimin süresini yazınız.....
19. 17. Soruya cevabınız evet ise bu eğitimi kimden aldınız
a) Hekim
b) Hemşire
c) Diğer
20. 17. Soruya cevabınız evet ise aldığınız eğitimde öğrendiğiniz bilgileri klinik alanda uygulamalarınızda kullanıyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır
21. Çocuğun ağrısının kontrolünde kendinizi yeterli görüyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır
22. Ağrı kontrolü ile ilgili gereksinim duyduğunuz en önemli konulardan 3 tanesini en önemlisi 1'den başlayacak şekilde 3'e kadar sıralayınız.
 Ağrı tanılama ve değerlendirmesi
 Farmakolojik girişimler
 Analjezi pompaları
 Non-farmakolojik (ilaçsız) girişimler
 Ağrı ile ilgili psikososyal konular
 Ağrı kontrolü
 Diğer.....
23. Çocuğun ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?
a) Sözel ifadesi
b) Davranışları
c) Ebeveynin sözel ifadesi
d) Hekim notları
e) Hepsi
24. Çocuğun ağrısı olduğunda yapacağınız ilk girişimi yazınız?
 Hekime danışırım
 Aileyi hekime yönlendiririm
 Lüzum halinde yazılmış ağrı kesicisini uygulayırım

- İlaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalışırım
- Hiçbir şey yapmam
- 25.** Ağrıyı değerlendirmede bildiğiniz ölçek / ölçekler var mı?
a) Evet b) Hayır
- 26.** Varsa ölçeğin adını yazınız
- 27.** Kliniğinizde standart olarak ağrı değerlendirme ölçeği kullanılıyor mu?
a) Evet b) Hayır
- 28.** Varsa belirtiniz
- 29.** 27.soruya cevabınız evet ise ağrı değerlendirmesini kliniğinizde kim yapıyor?
a) Hekim
b) Hemşire
c) Diğer.....
- 30.** Ağrı şiddetini değerlendirmede bireysel olarak sizin kullandığınız bir ölçek var mı?
a) Evet b) Hayır
- 31.** Varsa belirtiniz.....
- 32.** Kliniğinizde hangi durumlarda ağrı değerlendirmesi yaparsınız saat/ gün/ hafta
- 33.** Siz hangi durumlarda ağrı değerlendirmesi yaparsınız saat/gün/hafta
- 34.** Ağrı değerlendirmelerinizi kayıt ediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 35.** Cevabınız "evet" ise hastanın ağrısı ile ilgili tanılamalarınızı nereye kayıt ediyorsunuz?
a) Hemşire gözlemi
b) Doktor gözlemi
c) Diğer
- 36.** Kliniğinizde çocuğun ağrısına yaklaşımda sıklıkla kullanılan girişimler nelerdir?
 Rutin analjezik
 İlaç dışı yöntemler
 Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler
 Hiçbir şey
- 37.** Ağrısı olan çocuğa uyguladığınız non-farmakolojik yöntem var mı?
a) Evet b) Hayır
- 38.** Varsa belirtiniz
- 39.** Çocuğun ağrısını hafifletmede herhangi bir engel/problemlerle karşılaşılıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 40.** Cevabınız 'evet' ise, aşağıdaki durumlardan hangisi veya hangileri ile problem yaşıyorsunuz?
 Zaman
 Hemşireler
 Hekimler
 Çocuk ve aile
 Yetersiz ilaç order edilmesi
 Hekim işbirliği
 İlaç almada çocuk işbirliği

Ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumu

Aşağıdaki ifadeleri doğru ya da yanlış olarak işaretleyiniz.	D	Y
41. Ağrı bir vital bulgu değildir.		X
42. Çocuk / annesi ağrısı olduğunu söylüyorsa vardır	X	
43. Bebekler / yenidoğanlar ağrıyı algılamazlar		X
44. Çocuklar yetişkinler kadar ağrı duyarlar	X	
45. Ağrıya olan tepki yaşa göre değişir	X	
46. Çocuğun ağrısının nedeni her zaman bir hastalıktır.		X
47. Ağrısı olan çocukta her zaman gözlemlenebilir belirtiler olmaz	X	
48. Ağrı çocuğun yaşam fonksiyonlarını etkiler	X	
49. Ağrı çocuğun kan basıncını yükseltir ya da düşürür	X	
50. Ağrısı olan çocuğun vücut ısısı değişmez		X
51. Ağrı çocuğun kalp atımlarını hızlandırır	X	
52. Ağrı çocuğun solunum hızını etkiler	X	
53. Aktivitesini veya uykusunu sürdüren çocuğun ağrısı yoktur		X
54. Uykusuzluk, anksiyete, depresyon, ağrıya olan duyarlılığı artırır	X	
55. Ağrı değerlendirmesi çocuk ve ailesi ile birlikte yapılmalıdır	X	
56. Çocuğun ağrısının yönetiminde ailenin ilgisi sağlanmalı ve aile yönlendirilmelidir	X	
57. Ağrıyı hafifletecek bir girişim uygulamadan önce çocuğun mümkün olduğunca ağrıya dayanması için çocuk desteklenir		X
58. Ağrı tedavisinde çocuk ya da yetişkin fark etmez.		X
59. Çocuğun dikkatinin başka yöne çekilebilmesi ağrısının söylediğinden daha az olduğunu gösterir.		X
60. Analjezikler ağrı başlanmadan önce çocuğa verilmelidir		X
61. Ağrılı bölgeye uygulanan masaj ağrıyı hafifletir	X	
62. Sıcak / soğuk uygulama ağrının giderilmesinde etkilidir	X	



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



ARAŞTIRMA ONAY FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	PROJE NO : 2011/22	KAEK 12/1
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE SEVİYESİ	Saha çalışması /Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMANIN ADI	Kocaeli ilinde çocuk hastalıkları ünitelerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrıyı değerlendirme ve yönetimine ilişkin bilgi durumları
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI KURUMU	Hem.Ayşegül Artan Yard.Doç.Dr.Duygu Gözen İst.Üni.Hemşirelik Fak.Çocuk Sağlığı ve Hast.Hemş.A.B.D
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Kocaeli ilindeki tüm Devlet hast.,Üni.Hast.ve özel hastaneler.
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	+
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	+
	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	-

KARAR BİLGİLERİ	Etik değerlendirme amacıyla başvuru projesi 26.10.2011 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda KAEK çalışma esasları dikkate alınarak incelenmiş ve araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı onaylanmasına karar verilmiştir.
-----------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASLARI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (10 Aralık 2010),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçerğn Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)
------------------	---

ÜYELER					
Unvanı /Adı Soyadı	Uzmanlık	Kurumu	Cins.	İlişki *	İmza
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	N. Ersoy
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. B.Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr Yeşim GÜRBÜZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Firuzan YILDIZ AKAR Raportör	Eczacı	KOU TF Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yard.Doç.Dr.Ayşe KARSON Üye	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Av. Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Ayşe Tırka Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki ** Toplantıda Bulunma

EK-4

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
GİDEN EVRAK
Tarih: 10.11.2011/Sayı: 43306
Giden Kurum: VALİLİK MAKAMINA
KOCAELİ
Giden Şube:
Gönderen Şube: EGİTİM SB.

SAYI :B1041SM4410009.773/402
ŞUBE :Eğitim
KONU : Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
KOCAELİ

Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Ayşegül ARTAN'ın; Yard.Doç.Dr. Duygu GÖZEN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Kocaeli İlinde Çocuk Hastalıkları Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuklarda Ağrıyı Değerlendirme ve Yönetimine İlişkin Bilgi Durumları" konulu anket çalışmasını yapması ve söz konusu çalışma sonucundan bir örneğinin Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine verilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görülmesi halinde müsaadelerinize arz ederim.

Dr. Melih KAŞTI
Sağlık Müdürü ✓

EK:
1-Etik Kurul Kararı
2-Anket Örneği

OLUR

03..11/2011
Mustafa ÜNLÜSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Ayşegül ARTAN
Doğum Yeri ve Tarihi: Kocaeli / 1986
Medeni Hali: Bekâr
Yabancı Dil: İngilizce
E-posta Adresi: aysegul.artan@hotmail.com
Tel: 0535 891 0524

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
İzmit Mimar Sinan Lisesi	2002
Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu	2007
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2012

İş Tecrübesi

Kurum	Görev	Süre (yıl-yıl)
Anadolu Sağlık Merkezi	Hemşire	2007-2008
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire	2008 -

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

- Türk Hemşireler Derneği