



**T.C.**

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARIHEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HEMŞİRE NAİLE DALKILIÇ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**2017-İSTANBUL**





**T.C.**

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HEMŞİRE NAİLE DALKILIÇ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**JÜRİ ÜYELERİ**

**Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**Doç. Dr. NURTEN KAYA**

**Yard. Doç. Dr. ANİTA KARACA**

**2017-İSTANBUL**

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

18 Ocak 2017

Yüksek Lisans öğrencisi Naile DALKILIÇ'ın Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış "Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI /BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ / EYÇÖĞÜNLUĞÜ ile KABUL / DÜZELTME / RED kararı verilmiştir.

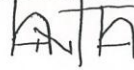
Prof.Dr. Zehra DURNA  
(Danışman)  
(Başkan).



Doç.Dr. Nurten KAYA  
(Üye)



Yard.Doç.Dr. Anıta KARACA  
(Üye)



# İÇİNDEKİLER

	SayfaNo
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii-v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. AĞRININ TANIMI VE TARİHÇESİ	4-5
4.2. AĞRI PREVALANSI	5-6
4.3. AĞRI NEDENLERİ	6-7
4.4. AĞRIYA İLİŞKİN BAZI KAVRAMLAR	7
4.5. AĞRININ ALGILANMASI VE AĞRIYA VERİLEN YANIT	8-9
4.6. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI	9
4.6.1. Süresine Göre Ağrılar	9
4.6.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrılar	10
4.6.3. Mekanizmasına Göre Ağrılar	10-11
4.7. AĞRININ TANILANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	11
4.7.1. Ağrı Öyküsü	12
4.7.2. Ağrı Değerlendirmesini Etkileyen Faktörler	12-13
4.7.2.1. Ağrı Değerlendirmede Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	13
4.7.2.2. Ağrısını Bildiremeyecek Durumda Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmesi	14
4.7.2.3. Ağrının Psikososyal Değerlendirmesi	14-15
4.8. AĞRI AĞRININ ÖLÇÜLMESİ VE AĞRI ÖLÇEKLERİ	15
4.8.1. Tek Boyutlu Ağrı Ölçekleri	15
4.8.1.1. Sayısal Ölçekler	16

4.8.1.2. Sözel Kategori Ölçeği	16
4.8.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği	16-17
4.8.1.4. Wong-Baker Ağrı Skalası	17
4.8.2. Çok Boyutlu Ölçekler	17
4.8.2.1. Mc Gill Melzack Ağrı Skalası	17-18
4.8.2.2. West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Soru Formu	18
4.9. AĞRI YÖNETİMİ	18-19
4.9.1. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetimi	19-21
4.9.2. Nonfarmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetimi	21-22
4.9.2.1. Periferik Teknikleri	22-23
4.9.2.2. Bilişsel Davranışsal Teknikler	23-24
4.9.2.3. Diğer Teknikler	24-25
4.9.3. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü	25-26
4.9.4. Ağrı Yönetiminde Sorunlar	26-28
5. GEREÇ VE YÖNTEM	29
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	29
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	29
5.3. ARAŞTIRMA SORULARI	29
5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	29
5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	29
5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	30
5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	30
5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER	30
5.9. VERİLERİN TOPLANMASI	31
5.9.1. Veri Toplama Yöntemi	31
5.9.2. Veri Toplama Araçları	31
5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	32
6. BULGULAR	33
6.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	33-36
6.2. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE DENEYİM ÖZELLİKLERİ	36-38
6.3. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR	38

6.3.1. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Dağılımı	38-40
6.3.2. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Güvenirlik Analizi	41-42
6.4. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN ÖNEMLİ SOSYO- DEMOGRAFİK VE AĞRI ÖZELLİKLERİNİN, AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	43-46
7. TARTIŞMA	47
7.1. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN BİREYSEL VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	47-50
7.2. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE DENEYİM ÖZELLİKLERİ	51-53
7.3. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI	54-57
7.4. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	57-58
7.5. ÖNEMLİ SOSYODEMOGRAFİK VE AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	58-60
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	61-64
9. KAYNAKLAR	65-72
10. EKLER	73
EK.1. ÖZGEÇMİŞ	73
EK 2. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI	74-75
EK 3. ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU, AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU VE BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	76-80
EK 4. İZİN YAZILARI	81-82

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>APS</b>	: AmericanPainSociety
<b>ADH</b>	: AntiDiüretik Hormon
<b>COX</b>	: Siklooksijenaz Enzimi
<b>CRPS</b>	: KompleksRejyonel Ağrı Sendromu
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GKÖ</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>IASP</b>	: International Association For The Study of Pain
<b>ICN</b>	: International Council of Nursing
<b>JCI</b>	: Joint Commission International
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>MS</b>	: Milattan Sonra
<b>NSAİİ</b>	: Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar
<b>NRS</b>	: Nümerik Skala
<b>PCA</b>	: Patient Controlled Analgesia
<b>TENS</b>	: Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
<b>VAS</b>	: Visüel Analog Skala
<b>VRS</b>	: Verbal Raiting Skala

**Yüksek Lisans Tez Projesi Numarası: HEM/YL2132014**

## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1	Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	33-34
Tablo 2	Öğrencilerin Ağrı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	36-37
Tablo 3	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Yanıtlarının Dağılımı	39-40
Tablo 4	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 5	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri	41-42
Tablo 6	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanları ile Öğrencilerin Yaşları Arasındaki İlişki	43
Tablo 7	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Öğrenci Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 8	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanları ile Öğrencilerin Sağlık Durumu Değerlendirmesi Arasındaki İlişki	45
Tablo 9	Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	46

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1	Çok Yönlü Ağrı Yönetimi Modeli	19
Şekil 2	DSÖ'nün Ağrının Farmakolojik Tedavisinde Önerdiği Merdiven Sistemi	20
Şekil 3	Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu 2005 Verilerine Göre mg/kişibaşı Morfin Kullanımı	28



## 1. ÖZET

### **Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin Adı: Naile DALKILIÇ**

**Danışmanı: Prof. Dr. Zehra DURNA**

**Anabilim Dalı: Hemşirelik**

**Amaç:** Bu araştırma, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve hemşirelik lisans eğitiminde ağrı yönetimi eğitimine ilişkin önerilerde bulunmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma İstanbul Avrupa Yakası'nda bir vakıf üniversitesinin hemşirelik yüksekokulu 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileriyle yapıldı. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formları kullanıldı. Kurum ve etik kurul izni alınarak bu formlar öğrencilere uygulandı. Veriler SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Ağrı yönetimi bilgi puanlarının dağılımı verildi, puanlar öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik, ağrı ve ağrı yönetimi özelliklerine göre fark analizleri ile karşılaştırıldı ve puanlar arasındaki ilişkiler hesaplandı.

**Bulgular:** Öğrenci hemşirelerin %83,5'inin (n=213) kız, %16,5'inin (n=42) erkek, %97,6'sının (249) bekar, %2,4'ünün (n=6) evli, %29,4'ünün (n=75) ikinci sınıfta, %34,9'unun (n=89) üçüncü sınıfta, %35,7'sinin (n=91) dördüncü sınıfta olduğu görüldü. Bireysel sağlık durumu değerlendirmesinin 1 ile 10 arasında değiştiği, sağlık durumu ortalama değerlendirme puanının  $6,84 \pm 2,023$  olduğu belirlendi. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, cinsiyete göre, mezun olunan lise türüne göre, lisans eğitiminde ağrı ile ilgili ders alma durumuna göre ve lisans dışında ağrı ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

**Sonuç:** Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi bilgilerini geliştirme gereksinimi belirlendi. Hemşirelik lisans eğitiminde, ağrı yönetimi konusunun, uygulamalı eğitim programlarında sistematik biçimde yer alması için önerilerde bulunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, ağrı yönetimi, hemşire, öğrenci hemşire.

## 2. SUMMARY

### **Assessment of Student Nurses' Knowledge Levels Regarding Pain Management**

**Name of the student: Naile DALKILIÇ**

**Supervisor: Prof. Dr. Zehra DURNA**

**Department: Nursing**

**Aim:** This study is planned as descriptive to assess the student nurses' knowledge levels concerning pain management and to make suggestions concerning pain management education in nursing undergraduate study.

**Material and Method:** The research was practiced on 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> grade students of nursing college in a foundation university situated at European side of İstanbul. As data collection tool, information forms are prepared by the researcher are used. These forms are applied to the students with the permission received by the foundation and ethical committee. Data is assessed by using SPSS 16.0 software. The distribution of pain management information scores is given and the scores are compared with gap analysis according to socio-demographic characteristics, pain experiences and pain management abilities of the student nurses. Relations between the scores were calculated.

**Results:** 83,5% of the student nurses were female (n=213), 16,5% were male (n=42), 97,6% were single (249), 2,4% were married (n=6), 29,4% were at second grade (n=75), 34,9% were at third grade (n=89), 35,7% were at fourth grade (n=91). It is determined that assessment of personal health condition changes from 1 to 10 and mean value is  $6,84 \pm 2,02$ . Pain Management Information Form scores are statistically significant when compared to gender of the participants, type of high school graduated, schooling related to pain, have training on pain management apart from university lessons.

**Conclusion:** It is determined there is a need to raise the student nurses' pain management knowledge. Some suggestions are made about the subject of pain management to take part in the hands-on training programs systematically in the undergraduate nursing education.

**Key Words:** Pain, pain management, nurse, student nurse.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, doku harabiyetine bağlı olarak tüm insanların yaşadığı evrensel ve subjektif bir deneyim, yüksek düzeyde rahatsızlık durumudur (Güleç ve Güleç, 2006). Mc Caffery ağrıyı “hastanın söylediği şey” olarak tanımlamıştır. İnsanoğlunun varlığı kadar eski bir tarihe sahip olan ağrı, günümüzde halen yeteri kadar kontrol altına alınabilmiş değildir. Tıp dünyası asırlardır, hastanın ağrısını gidermekten ziyade yaşam kurtarmayı seçmiştir. Bu yüzden günümüze dek ağrı mekanizmalarını anlamak uzun zaman almıştır (Brennan, 2007). Kontrol edilemeyen ağrı, günlük yaşam aktivitelerini etkilemek suretiyle yaşam kalitesini düşürür, uyku kalitesinin bozulmasına ve psikolojik sorunlara yol açabilir, bağışıklık sisteminin baskılanmasına ve iyileşme süresinin ve hastanede yatış süresinin uzamasına neden olup işgücü kaybı sebebiyle finansal kayıplara da yol açtığı belirtilmektedir (Dirimeşe ve ark., 2016; Özveren, 2011; Yılmaz ve Atay, 2014).

Ağrı yönetimi, ağrının tamamen ortadan kaldırılması veya şiddetinin tolere edilebilir düzeye getirilmesidir. Ağrı yönetiminin ilk şartı, ağrının doğru değerlendirilmesidir. Ağrının tanınması, değerlendirilmesi ve yönetimi komplike bir süreç olup ekip işidir. Hemşire, bu ekibin vazgeçilmez üyesidir. Hemşire, hastayla tedavinin her aşamasında birlikte, hemşirelerin ağrı tanınmasından yönetimine ve ağrıyı tekrar değerlendirme sürecine kadar tüm aşamalarda yeterli bilgiye ve uygulama için beceriye ihtiyacı vardır. Ağrı yönetimi konusunda hemşirelerle yapılan çalışmalar, ağrı bilgi düzeylerinin ve ağrı yönetimindeki etkinliklerinin yeterli olmadığını ortaya koymuştur. Ağrı yönetiminin etkinliğinde istenilen seviyeye ulaşamamış olmasının nedeni olarak, hemşirelerin bilgi-beceri yetersizliği ve öğrenciliklerinde ağrı yönetimi ile ilgili yeterli eğitim almamış olmaları gösterilmektedir. Hemşirenin ağrıyı doğru yönetebilmesi için eğitimi sırasında ağrının her boyutuyla ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Demir Dikmen ve ark. 2012; Ay ve Ecevit Alpar, 2010; Kılıç ve Öztunç, 2012; Yaralı Arslan ve Kurşun, 2009; Yılmaz ve Atay, 2014; Yılmaz ve ark. 2010). Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve hemşirelik lisans eğitiminde ağrı yönetimi eğitimine ilişkin önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. AĞRININ TANIMI VE TARİHÇESİ

Latince “poena” (ceza) sözcüğünden gelen ağrı, günümüze dek literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır (Cırık ve Efe, 2014). Modern tıbbın babası Hipokrat (MÖ. 460) ağrıyı “bedendeki bir dengesizlik” olarak tanımlamıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) “vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen, var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşsal, emosyonel ve hoşla gitmeyen bir duygu deneyimi” olarak tanımlamıştır. Mc Caffery “hastanın söylediğı şey” olarak tanımlamıştır. Florence Nightingale ise ağrıyı anlamının önemine yoğunlaşmış, “Hemşirelik Üzerine Notlar” adlı kitabında “hasta, fiziksel ağrı kadar mental ağrıdan da etkilenir” demiştir. Ağrıyı düşünmenin hastanın rahatsızlığını arttıracığına inanmıştır (Yalın, 2015).

İnsanların ağrıya dair tutumları insanlık tarihi boyunca batıl inançların etkisinde kalmıştır. Zamanla tıbbın ilerlemesine karşın ağrıya dair davranışlar dinin ve batıl inançların etkisinden kurtulamamıştır. Örneğin Eski Mısır tıbbında Edwin Smith papiruslarına göre fesat, ruha sol burun deliğinden giriyor ve vücutta ağrıya sebep oluyordu. Hipokrat ağrıya önem vermiş ve analjezik olarak afyon, mandagora ve köknar ağacı kullanmış ve fizyoterapiden faydalanmıştır. Bilimsel çalışmaların rahatlıkla sürdürülebildiğı nadir dönemlerden olan Büyük İskender döneminde ağrıya dair çalışmalar sürmüş ve merkezi sinir sistemi üzerinde çalışmalar yapılmıştır. İslam tıbbının gelişmesiyle birlikte bilimsel çalışmalar artmıştır. İbn-i Sina (MS. 980-1037) da beş ciltlik ünlü El-Kanun fi't-Tıbb” isimli yapıtının bir bölümünde ağrı fiziolojisi ve ağrı dindirme yöntemlerine yer vermiş ve ağrıyı günümüzde kullanılan sınıflandırmaya yakın bir şekilde sınıflamıştır. Rönesans dönemine gelindiğinde bilimsel çalışmalar ve araştırmalar hızlanmış ve analjezik kullanımı azaltılmıştır. Sedasyon etkili eter gibi ilaçlar analjezik olarak kullanılmıştır.

19.yüzyılda Friedrich Wilhelm Sertürner morfini geliştirmiştir. Aynı dönemde Charles Gabriel Pravaz ve Alexander Wood'un enjektörü geliştirmesiyle lokal ağrılarda morfin ile ağrı kontrolü sağlanmıştır. Felix Hoffmann'ın aspirini üretmesi de ağrı kontrolü için önemli bir adım olmuştur.Türk tıp tarihinde 1900'lü yıllardan itibaren Cemil Topuzlu, Besim Ömer Akalın, Rıza Nur ve Kazım İsmail Gürkan gibi isimler, ağrıya dair yazılar yazmıştır. 1974 yılında John J Bonica'nın öncülüğünde IASP'nin kurulması, ağrı konusundaki en büyük gelişmelerden biri olmuştur. Ülkemizde ilk ağrı ünitesi 1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde açılmıştır. 1990 yılında ise aynı fakültenin Anesteziyoloji Anabilim Dalı'na bağlı olarak ilk kez Algoloji Bilim Dalı kurulmuştur (Bırol, 2007; Eti Aslan, 2006; Günvar, 2009; Karaman ve Kavak, 2010; Koçoğlu ve Özdemir, 2011; Yorulmaz, 2012).

## 4.2. AĞRI PREVALANSI

Üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra, hastanın sağlık kuruluşuna başvurmasındaki ikinci sorun ağrıdır. Akut ağrının en sık görülen şekli baş ve alt ekstremitte ağrıları olup kronik ağrıda sıklık bel ağrısından yana bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kronik ağrı prevalansı %2 ile %54 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her üç kişiden birinde kronik ağrı sendromu olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde son dönemde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan çalışmada hastaların polikliniğe başvurma nedenleri incelenmiş ve baş ağrısı 3., sırt ve bel ağrısı 6. sırayı almıştır (Kuru ve ark., 2011).

Ülkemizde ağrı prevalansı çalışmaları henüz istendik düzeyde değildir. Erdine ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışma ülkemizde ağrı prevalansının %63.7 olduğunu göstermiştir. Diğer bir prevalans çalışmasında, Afyon yöresinde yaşayan kişilerde yaşam boyu bel ağrısı sıklığını %51 olarak ortaya koymuştur. Ağrı sıklığının bu kadar yüksek olması sebebiyle ağrı yönetimi günden güne daha önemli hale gelmektedir (Kuru ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaptığı çalışmada kronik ağrı sıklığı %21,5 olarak bulunmuştur.

Gelişmiş toplumlarda toplumun %25-30'unda kronik ağrı bildirilmektedir. Kronik ağrının başta gelen sebebinin bel ağrısı olduğu gösterilmiştir. Yaşlılar için en önemli ağrı nedeni ise dejeneratif eklem hastalıklarıdır. Literatürde, kronik ağrının kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Talay Çalış ve Çalış, 2011).

Ülkemizde Ünde Ayvat ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada bir yıl boyunca Algoloji Polikliniği'ne başvuran hastalarda ağrı prevalansı %73 olarak bulunmuştur (Ünde Ayvat, 2008).

### **4.3. AĞRI NEDENLERİ**

Ağrı fizyolojisinde, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile kanda antidiüretik hormon (ADH), epinefrin, aldosteron ve kortizol seviyeleri yükselir. Postoperatif dönemde de bradikinin, serotonin, prostaglandin gibi maddeler metabolik aktiviteyi değiştirerek ağrıya neden olurlar (<http://docs.neu.edu.tr>. Erişim tarihi: 20.11.2016).

Bazı hastalıklar ve cerrahi müdahaleler, kronik ağrıya sebep olmaktadır. Bunlar arasında en sık ağrı nedenlerinden biri kas iskelet sistemi hastalıklarıdır. Romatoid artrit, osteoartrit, disk hernileri, fibromiyalji gibi hastalıklar kronik ağrıya yol açmaktadır (Talay Çalış ve ark., 2011). Kanserler, özellikle multiple myeloma, metastaz, paraneoplastik sendromlarda ve terminal dönem hastalarında şiddetli kronik ağrı nedeni olmaktadır (Akdemir ve ark., 2008; Brennan ve ark., 2007). Diğer bir ağrı nedeni; endometriozis, dismenore, pelvik inflamatuvar hastalık, adneksial kitle, kronik endometrit gibi kadın hastalıklarıdır. Nörolojik hastalıklar da kronik ağrı sebebidir. Servikal radikulopatiler, torasik outlet sendromu, spinal kanal stenozu, post herpatik nevralji ve migren gibi hastalıklar, hastaların ağrı deneyimlediği durumlardır. Kronik idrar yolu enfeksiyonları, ürolitiazis, prostatitler de ağrı nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik viseral ağrı sendromu, peptik ülser, gastroözefagial reflü, pankreatit, divertikül, inflamatuvar barsak hastalığı, kronik konstipasyon gibi gastrointestinal sistem sorunları da önemli ağrı kaynaklarıdır (Chuk, 2002; Vallerand ve ark., 2011).

Ağrı nedeni olarak psikiyatrik sorunlar çoğu zaman gözden kaçmakta ve ağrı yönetiminde sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon, bipolar bozukluk, uyku bozuklukları da ağrıya yol açmaktadır. Diğer ağrı nedenleri olarak; kardiyovasküler hastalıklar, periferel vasküler hastalıklar, cerrahi komplikasyonlar, kemoterapi ve radyoterapi komplikasyonları karşımıza çıkmaktadır (Carr, 2008; 2011; Eti Aslan ve ark., 2015; Talay Çalış ve ark., 2011).

Cerrahi müdahale ve kronik ağrı ilişkisi 2008 yılında, Elois Carr tarafından řu şekilde gösterilmiştir: % 30–85 amputasyon, % 11–57 mastektomi, % 13–38 meme büyütme, % 0–63 inguinal herni, % 5–67 torakotomi (Carr, 2008).

#### 4.4. AĞRIYA İLİŞKİN BAZI KAVRAMLAR

Literatürde ağrı ile ilgili birçok kavram geçmektedir. Ağrı eşiği, ağrı toleransı, ağrı davranışı, acı gibi kavramlar, ağrıyla ilgili en çok kullanılan kavramlardır.

**Ağrı Eşiği:** Ağrı duyulabilmesi için mevcut olan en düşük uyaran şiddetidir. Psikolojik durum, uykusuzluk, bitkinlik, anksiyete, korku ve depresyon ağrı eşiğini azaltır. Dinlenme ve gevşeme hali ise ağrı eşiğini yükseltmektedir (Coşgun, 2015).

**Ağrı Toleransı:** Bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. Uzun süre tekrarlayan ağrılarda ağrı toleransı azalır. Kanser ağrısı olan bireylerin ağrı toleransı azalır (Coşgun, 2015).

**Ağrı Davranışı:** Ağrı ile ilgili davranışlar, acının sözel ifadesi, konuşma dışı sesleri (inleme), vücutta postür değişikliği (ağrılı bölgeyi tutma-ovalama, topallama) ve ağrılı bireyin fonksiyonel kısıtlanmasını içerir (Güleç ve Güleç, 2006).

## 4.5. AĞRININ ALGILANMASI VE AĞRIYA VERİLEN YANIT

Vücutta ağrı algısının oluşumu dört basamakta gerçekleşmektedir. Bu aşamalar;

- Transdüksiyon,
- Transmisyon,
- Modülasyon
- Persepsiyon şeklinde sıralanmaktadır.

Sinir uçlarındaki olumsuz uyarıların, vücut tarafından algılanabilmesi için elektriksel aktivite olarak kodlanması gerekmektedir. Bu kodlama transdüksiyon yoluyla gerçekleşir. Transmisyon, kodlanmış elektriksel aktivitenin spinal korda iletilmesidir. Spinalkord düzeyine gelen iletilerin değişime uğraması modülasyon aşamasında olur. Son aşama persepsiyon ise merkezi sinir sistemine ulaşan iletilerin ağrı olarak algılanmasıdır (Aygın ve Var, 2012).

Ağrı algılandıktan sonra vücutta ağrıya karşı bazı yanıtlar, tepkiler oluşur. Bunlar şöyle sınıflanmaktadır:

- Sensoriyel-Diskriminatif (Duyusal-Ayırıcı) Boyut,
- Kognitif (Bilişsel) Boyut,
- Affektif-Motivasyonel (Emosyonel) Boyut ve
- Vejetatif-Somatomotor Boyut olmak üzere dört şekilde algılanmaktadır (Yalın, 2015).

Ağrı, duyuşal-ayırıcı boyutta, ağrılı uyarı nosiseptif sistemde impuls şeklinde iletilir ve uyarının yeri, süresi ve şiddeti belirlenir. Sonrasında bireyin ağrıya dair geçmiş deneyimleri ve gelecek beklentileri çerçevesinde değerlendirilir ve ağrı hissi bilişsel olarak belirlenir. Bilişsel olarak kodlanan ağrılı uyarana korku, huzursuzluk, kızgınlık gibi hoş olmayan bireysel emosyonel yanıtlar verilir.

Vejetatif-somatomotor boyutta ise ağırlı uyarana vejetatif refleksler (terleme, kan basıncı ve nabız değışiklikleri) ve motor refleksler (mimikler, kaçma refleksi, tonus artışı ve kontraksiyon) ile yanıt verilir (Yalın, 2015).

Ağrının algılanmasında rol oynayan bazı faktörler literatürde şöyle bildirilmiştir; çevre koşulları (sıcak, soğuk, gürültü) ağrıyı arttıran faktörler olurken; uyku ve dinlenme ağrıyı azaltan faktörlerdir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Eti Aslan, 2005; Coşgun, 2015; Yorulmaz, 2012).

#### 4.6. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

Ağrı, bugüne dek yapılan birçok çalışma sonucunda farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. IASP ağrıyı beş eksenli taksonomi şeklinde sınıflandırmıştır. Bu beş eksen;

1. Eksen ağrının vücuttaki yeri,
2. Eksen ağrıdan etkilenen sistemler,
3. Eksen ağrının oluşum süresi,
4. Eksen hastanın ifadesine göre ağrının şiddeti ve başladıktan sonra geçen süre,
5. Eksen ağrının etiolojisidir (Yalın, 2015).

Günümüzde kullanılan en yaygın sınıflandırma aşağıda verilmiştir.

##### 4.6.1. Süresine göre ağrılar

Akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. **Akut ağrı**; ani başlangıçlıdır. Ağrının yeri, süresi ve şiddeti ağrının tanımlanmasında çok önemlidir. Akut ağrı, doku hasarıyla başlar, yara iyileşmesiyle azalır ve ortadan kalkar. **Kronik ağrı**; altı aydan uzun süren, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrıdır (Günvar, 2009; Yalın, 2015). **Ani Ağrı**: Kısa süreliğine aniden gelen ve bireylerin normal ağrı baskılama yönetimiyle hafifletemediği ağrılardır (The Nurse's Role in Pain Management, 2015).

#### 4.6.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrılar

- **Somatik Ağrı:** Somatik sinirlerden kaynaklı, ani başlangıçlı, keskin ve iyi lokalize edilen ağrıdır. Travma ağrıları buna örnektir (Aygın ve Var, 2012).
- **Visseral Ağrı:** İç organlar kaynaklıdır, otonom sistemde afferent yollarla taşınırlar. Visseral ağrı yaygın, lokalizasyonu zor ve yansıyan tipte olabilir. Yaşam bulguları değişikliği ve kas rijiditesi eşliğinde görülür (Aydın,2002).
- **Sempatik Ağrı:** Daha çok damarsal kökenli ağrılar olup sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkar. Kompleks rejyonal ağrı sendromu (CRPS) örnek olarak verilebilir (Aydın, 2002; Yorulmaz, 2012; Coşgun, 2015).
- **Periferal Ağrı:** Bizzat periferik sinirlerin kendinden köken alabilir, tendon ve kas ağrıları buna örnektir (Aydın, 2002).

#### 4.6.3. Mekanizmasına Göre Ağrılar

Nosiseptif, nöropatik, reaktif, psikosomatik ve deafferantasyon ağrısı olmak üzere beş grupta sınıflandırılırlar (Yalın, 2015).

**Nosiseptif Ağrı:** Aktif bir hastalığın, yaralanmanın ya da gerçek veya potansiyel doku zedelenmesiyle ilintili iltihaplı bir sürecin sebep olduğu ağrıdır (On, 2011). Doku hasarı sebebiyle derin ve zonklayıcı bir ağrıdır. Opioidlere iyi yanıt verir. Deri, eklem, kemik ve iç organlarda devam eden doku hasarının işareti kabul edilen ağrı tipidir. Osteo artrit ve kronik pankreatit iyi bir örnektir (Guidelines for Developing a Pain Management Program, 2009; Durna, 2012).

**Nöropatik Ağrı:** Sinir sistemindeki bir lezyon ya da aksaklık/işlev bozukluğu (malfonksiyon) sebebiyle veya periferik-santral sinir sistemindeki geçici rahatsızlıklardan kaynaklanır (On, 2011; Durna, 2012). Yanıcı ve paroksizmal olup allodini, hiperaljezi veya parestezi gibi duyuşal değişikliklerle birlikte görülebilir. Opioidlere iyi yanıt vermez, genellikle antidepresan ve antikolülzan ilaçların kombinasyonu ile tedavi edilir (Guidelines for Developing a Pain Management Program, 2009; Durna, 2012).

**Deafferentasyon Ağrısı:** Periferik ve santral sinir sistemi hasarı sebebiyle somatosensoryal uyarın iletiminin, merkezi sinir sistemi ile iletişimin kopmasıyla ortaya çıkan ağrı tipidir (Aydın, 2002; Yorulmaz, 2012).

**Reaktif Ağrısı:** Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile spesifik reseptörlerin uyarılması ile oluşur. Miyofasyal ağrı buna bir örnektir (Aydın, 2002; Yorulmaz, 2012).

#### 4.7. AĞRININ TANILANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Etkili ağrı yönetimi, hemşirenin hastasını iyi değerlendirmesi ve tanılması ile mümkündür. Günümüzde ağrı değerlendirmede birçok yöntem kullanılmaktadır. Ağrı değerlendirmenin en kolay yolu, ağrı varlığının sorgulanması gibi görünse de alınan yanıt yeterli olmamaktadır. Ağrının yeri, şiddeti, tipi, ağrıyı azaltan ve arttıran etkenlerin hemşire tarafından sorgulanması ve bilinmesi gerekmektedir. Hasta, bakımı sürdüren hemşire ve hekim arasında farklı yorumları ortadan kaldırmak için ağrının daha objektif olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık ekibinin aynı dili konuşması adına, subjektif bir bulgu olan ağrının değerlendirilmesinde ölçekler kullanılmaya başlanmıştır (Cox ve ark., 2015; Yalın, 2015; Ching, 2007).

Ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetiminin temel taşıdır. 2005 Yılında Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine tarafından hazırlanan Akut Ağrı Yönergeleri, ağrı yönetimine ışık tutan önemli bir kaynak olmasına rağmen klinik uygulamada ağrının problem olması engellenememektedir (New Zeland Pain Society, 2013).

Amerikan Ağrı Yönetimi Hemşireliği Birliği (American Society for Pain Management Nursing) ağrının değerlendirilmesi için dört adımdan oluşan bir yaklaşımı önermektedir:

- Ağrı bildirimini her zaman hastanın kendisinden alınmalıdır.
- Geçerliliği olan ağrı ölçeği kullanılmalıdır.
- Hastanın ağrı davranışları sorgulanmalıdır.

-Ağrı şüphesi olduğunda analjezik uygulanmalı ve ağrı değerlendirmesi tekrarlanmalıdır (Çelik, 2016).

#### 4.7.1. Ağrı Öyküsü

Ağrı değerlendirmesinde ilk ve en önemli adım hastadan detaylı öykü almaktır. Hastanın ağrı öyküsü, hemşire ve hekime uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak, ağrının yeri, şiddeti, ağrıya verilen tepkiler ve ağrıyı arttıran-azaltan faktörler hakkında detaylı bilgi edinilmesi açısından oldukça önemlidir ve ağrı yönetimi sürecine ışık tutar (Eti Aslan, 2005). Ağrı değerlendirilmesinde, hastanın yüz ifadesi, sınırlılığı, inleme gibi sesle verilen bilgiler; duruşu, topallama ya da yürüyüş bozukluğu, ovuşturma ya da destekleme, sık sık postür değiştirme ya da sürekli aynı pozisyonda kalma gibi özellikleri gösterip göstermediği gözlemlenmelidir (Pirbudak Çöçelli ve ark., 2008; On, 2011).

#### 4.7.2. Ağrı Değerlendirmesini Etkileyen Faktörler

Ağrı değerlendirmesinde ağrının yeri, şiddeti, niteliği, süresi, zamanı, sıklığı ve ağrıyı artıran ve azaltan faktörler değerlendirilmelidir (Alivermez ve ark., 2010).

- **Ağrının Yeri:** Ağrının yerinin belirlenmesi, ağrı nedeninin ortaya çıkarılmasına ve ağrının kontrol edilmesinde önemlidir (Alivermez ve ark., 2010).
- **Ağrının Şiddeti:** Ağrının şiddetini değerlendirmede farklı araçlar kullanılmaktadır. En doğru değerlendirme için tek bir form ya da araç bulunmamaktadır. Ağrı şiddetini belirlemek için hastanın özelliklerine uygun ölçekler kullanılmalıdır (Alivermez ve ark., 2010).
- **Ağrının Niteliği:** Hasta ağrısının tipini kendisi ifade etmeli, ağrıyı nasıl hissettiğini kendisi söylemelidir. Örneğin: Yanma, uyuşma, batma vb. (Alivermez ve ark., 2010).

- **Ağrının Başlangıcı ve Süresi:** Ağrının değerlendirilmesinde, başlangıç zamanı, ne kadar sürdüğü ve sürekliliğinin olup olmaması da sorgulanmalıdır (Alivermez ve ark., 2010; Yorulmaz, 2012).
- **Ağrıyı Azaltan-Arttıran Faktörler:** Ağrının hangi durumlarda yaşandığının belirlenmesi, ağrının kontrol altına alınmasında rol oynayan etkenlerden biridir. Örneğin; yürüme, oturma, dönme, soluk alıp verme, idrar yapma, yutma gibi durumlarda ağrı yaşanıp yaşanmadığı ya da mevcut ağrı şiddetinin artıp artmadığı belirlenmelidir (Alivermez ve ark., 2010, Yorulmaz, 2012).

#### 4.7.2.1. Ağrı Değerlendirmede Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

- Ağrılı bireyin, ağrıyı ifade etmesine ve ağrıya karşı oluşturduğu tepkilere ön yargısız yaklaşılmalıdır.
- Ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve doğru bilgi, hasta ve yakınlarına hemen verilmelidir.
- Ağrı değerlendirmesinde, ekip üyeleri ve kurumlar arasında farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (Eti Aslan, 2002).
- Kronik ağrı kontrolünde hastanın ağrı durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kararın hemşireye bırakıldığı “gerektiğinde/lüzum halinde” şeklinde yapılan hekim istemlerinin etkili bir şekilde uygulanması için hasta ve tedavi sonuçları sürekli değerlendirilmelidir (Alivermez ve ark., 2010).
- Akut / kronik ağrısı olan hastalarda ağrı yönetiminin ABC’si aşağıdaki gibi özetlenebilir.

**A = Ask:** Ağrıyı düzenli olarak sor. **Assess:** Ağrıyı sistematik çerçevede değerlendir.

**B = Believe:** Hastanın söylediğine inan.

**C = Choose:** Hastaya özel ağrı kontrol yöntemlerini seç.

**D = Deliver:** Ağrı girişimlerini aksatmadan düzenli bir şekilde yap (Alivermez ve ark., 2010).

#### **4.7.2.2. Ağrısını İfade Edemeyecek Durumda Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmesi**

Yeni doğanlar, psikiyatrik bozukluğu olanlar, solunum yetmezliğinde olan endotrakeal tüpü olan hastalar, 85 yaş üstü hastalar, iletişim ve dil problemi olan hastalar, ağrısını ifade edemeyecek durumda olan hasta grubudur (Eti Aslan, 2002).

Bu hastaların değerlendirilmesinde:

- Hastanın, ağrısını ifade edemeyeceğinden emin olunmalı.
- Ağrı sebebi olabilecek cerrahi girişim, fiziksel travma gibi durumlar düşünülmeli.
- Ağrı göstergesi sayılabilecek davranışsal tepkiler gözden kaçırılmamalı. Yüz ifadesinin ya da yatak içi hareket etmektan kaçınma davranışının, yaşlı hastaların kırık vakalarında gösterdiği en yaygın tepkiler olduğu belirlenmiştir. Yeni doğanlarda ise fazla ağlama, uyumama gibi huzursuzluk göstergeleri, ağrı ifadesi olarak kabul edilebilir (Eti Aslan, 2002).
- Fizyolojik belirtilerden yararlanılmalı. Ağrı ifadesi sayılabilecek fizyolojik belirtiler; solunum sayısında ve derinliğinde artma, oksijenlenmede azalma, kalp hızı ve kan basıncında artış gibi belirtilerdir. Ağrı değerlendirmesinde bu fizyolojik belirtiler ağrı ifadesi olarak değerlendirilebilir. Sedasyondaki hastalarda da fizyolojik belirtiler ağrı ifadesi olarak değerlendirilebilir (Demir Dikmen, 2012).

#### **4.7.2.3. Ağrının Psikososyal Değerlendirmesi**

Ağrı değerlendirmesinin psikososyal boyutunda; ağrının hasta ve aile üzerindeki etkisi, anksiyete, hasta ve aile için ağrının anlamı, hastanın ağrı ve stresle baş etme durumu, hastanın ağrı kontrolü uygulamalarına ilişkin bilgisi, beklentileri, hastanın opioid ya da anksiyolitik ilaçlar hakkındaki düşünceleri, ruhsal durumundaki değişiklikler belirlenmelidir. Ağrılı bireyler depresif olma eğilimindedirler. Depresyon ve ağrı arasındaki ilişki birkaç biçimde gözlenebilir:

1-Ağrı depresyon belirtisi olabilir.

2-Depresyon ağrı komplikasyonu olabilir.

3-Ağrı ve depresyon bir aradadır ancak bağlantılı değildir.

Hafif düzeyde depresif semptomların eşlik ettiği kronik ağrı hastaları için, düşük doz antidepresan tedavisi önerilirken, major depresyonlu hastalar için yüksek doz ve uzun süreli tedavi gerekmektedir (Yorulmaz, 2012).

## 4.8. AĞRININ ÖLÇÜLMESİ ve AĞRI ÖLÇEKLERİ

Ağrının en kolay değerlendirme yöntemi, hastaya ağrısının olup olmadığını sormak olsa da cevabın “**var**” ya da “**yok**” olması değerlendirme için yetersizdir. Ağrının kontrol altına alınabilmesi için, şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ve ağrıyı azaltan arttıran etkenlerin de bilinmesi gerekir (Eti Aslan, 2002).

Ağrının ölçülebilmesi için hastanın ifade ettiği ağrı şiddetinin, objektif veriye dönüştürülmesi gerekir. Böylece hekim ve hemşire, hastanın ağrısı konusunda aynı dili konuşabilir. Günümüzde ağrı ölçümünde, tek ve çok boyutlu birçok farklı ölçek kullanılmaktadır. Kullanılacak ölçeği belirlemede, ağrının şekli, hastanın özellikleri, ölçeği kullanacak olan hekim ve hemşirenin özelliği gibi bir çok etken vardır (Eti Aslan, 2002; Gündoğan ve ark., 2016; Saka, 2011; Yalın, 2015; Wells ve ark., 2008).

### 4.8.1. Tek Boyutlu Ağrı Ölçekleri

Tek boyutlu ağrı ölçekleri ağrının sadece şiddetini ölçmeye yöneliktir. Bu ölçeklerin kullanımında hasta ağrısını kendisi değerlendirir ve ifade eder. Tek boyutlu ağrı ölçekleri, özellikle akut ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Yorulmaz, 2012).

Ağrı değerlendirmede en sık kullanılan tek boyutlu ölçüm yöntemleri; görsel (Visüel Analog Skala-VAS), sayısal (Nümerik Skala-NRS) ve sözel tanımlayıcı skalalardır (Verbal Rating Skala-VRS) (Tuncer, 2011).

Günümüzde kullanılan tek boyutlu ölçekler; sözel kategori ölçeği, sayısal ölçekler ve görsel kıyaslama ölçekleridir (Yalın, 2015; Wells ve ark., 2008).

#### **4.8.1.1. Sayısal Ölçekler**

Ağrı şiddetini belirlemede kullanılan sayısal ölçekler, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını sağlar. Sayısal ölçeklerin hastanın ağrısını ifade edebilmesini kolaylaştıran ölçeklerdir. Hemşirenin ağrı şiddetini puanlaması ve kaydetmesinde de kolaylık sağladığı için benimsenmiş bir ölçek tipidir. Ancak bazı araştırmalar bu ölçeklerde hastaların ağrı bildirimlerini yüksek belirttikleri sonucuna varılmıştır. Bu yüzden hemşirelerin sayısal ölçeklerin kullanımını sınırlı buldukları doğrultusunda düşünceler vardır (Eti Aslan, 2002; Wells ve ark., 2008).

#### **4.8.1.2. Sözel Kategori Ölçeği**

Basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılır. Hastanın ağrısını tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesi temeline dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan, kendi durumuna uygun olan ağrı şiddetini seçmesi istenir. Sözel kategori ölçeği kolay uygulanması ve sınıflamasının basit olması sebebiyle avantajlıdır. Ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma sınırlılığı da dezavantajıdır. Ayrıca orta şiddetteki ağrıyı tanımlamada duyarlılığın görsel kıyaslama ölçeğine göre az olduğu da belirlenmiştir (Eti Aslan, 2002; Wells ve ark.,2008).

#### **4.8.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)**

Görsel Kıyaslama Ölçeği, Visüel Analog Skala (VAS) olarak da ifade edilen ölçektir. Genellikle 10cm'den oluşan ölçeğin üzerinde ağrı şiddetini hasta kendisi işaretler.

Sıfır ağrı ve şiddetli ağrı uçları arasında kalan cetvelde, sıfır ağrı noktasıyla hastanın işaretlediği nokta arası “cm” olarak ölçülür ve kaydedilerek VAS kullanımı tamamlanmış olur. Diğer ağrı ölçüm yöntemleriyle VAS karşılaştırılarak yapılan değerlendirmelerle VAS’nın ağrı ölçümü için uygun bir skala olduğu saptanmıştır. Beş yaş üstü hastalarda uygulanması kolay bir skala olarak tanımlanmıştır. VAS, sözel ağrı değerlendirilmesi ile kıyaslandığında yeterli hassasiyete sahiptir (Ene ve ark., 2007; Saka, 2011).

#### **4.8.1.4. Wong-Baker Ağrı Skalası (Yüz İfadeleri Ölçeği)**

Ağrı yokluğu ve en şiddetli ağrı arasında yüz ifadelerinden oluşan bir ölçektir. “0”, şiddetli ağrıyı ise “5” temsil etmektedir. Genellikle iletişim sıkıntısı olan hastalarda ve mental kapasite yetersizliklerinde ve çocuklarda kullanılır (Yorulmaz, 2012).

#### **4.8.2. Çok Boyutlu Ölçekler**

Kronik ağrılı hastalarda çok boyutlu ağrı ölçüm yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Çok boyutlu ölçeklerden bazıları ise Mc Gill Melzack Ağrı Skalası ve West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Skalası’dır. Açık uçlu sorularla ağrının her boyutuyla ölçülmesini sağlar (Yalın, 2015).

##### **4.8.2.1. Mc Gill Melzack Ağrı Skalası**

Mc Gill Melzack Ağrı Skalası dört bölümdür. Hastanın ağrısının vücut şekli üstünde göstermesi ve ağrıyı derinde ya da yüzeyde hissettiği bölgeler için bunu ifade etmesinin istendiği bölüm, skalanın ilk bölümüdür. İkinci bölüm, ağrının farklı boyutlarını ölçmeye yönelik 20 kelime kümesinden oluşur. Hastadan ağrısı için uygun olan kelime kümesini seçmesi istenir. Üçüncü Bölüm, ağrının zamanla ilişkisini çözmeye yöneliktir.

Son bölüm olan dördüncü bölümde ise hasta ağrısını, hafif ağrı ve dayanılmaz ağrı arasındaki uygun kelime gruplarını seçer. Ölçeğin avantajı, hastanın ağrıyla tüm boyutlarıyla tanımlamasıdır. Dezavantajı ise her hasta grubuna uygun olmaması ve uygulanırken zaman almasıdır (Ene ve ark., 2007; On, 2011; Yorulmaz,2012; Wells ve ark., 2008). Mc Gill Melzack Ağrı Skalası'nın Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Özel ve ark., 2014; Tuncer, 2011).

#### **4.8.2.2. West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Soru Formu**

Daha kısa ve klasik bir alternatif olarak bu testte, psikometrik yaklaşımla ağrı ölçümü esastır. Bu form hastanın ağrısının sosyal yaşamı üzerindeki etkisi sorgulayan 52 madde ve üç bölümden oluşmaktadır (Yorulmaz, 2012).

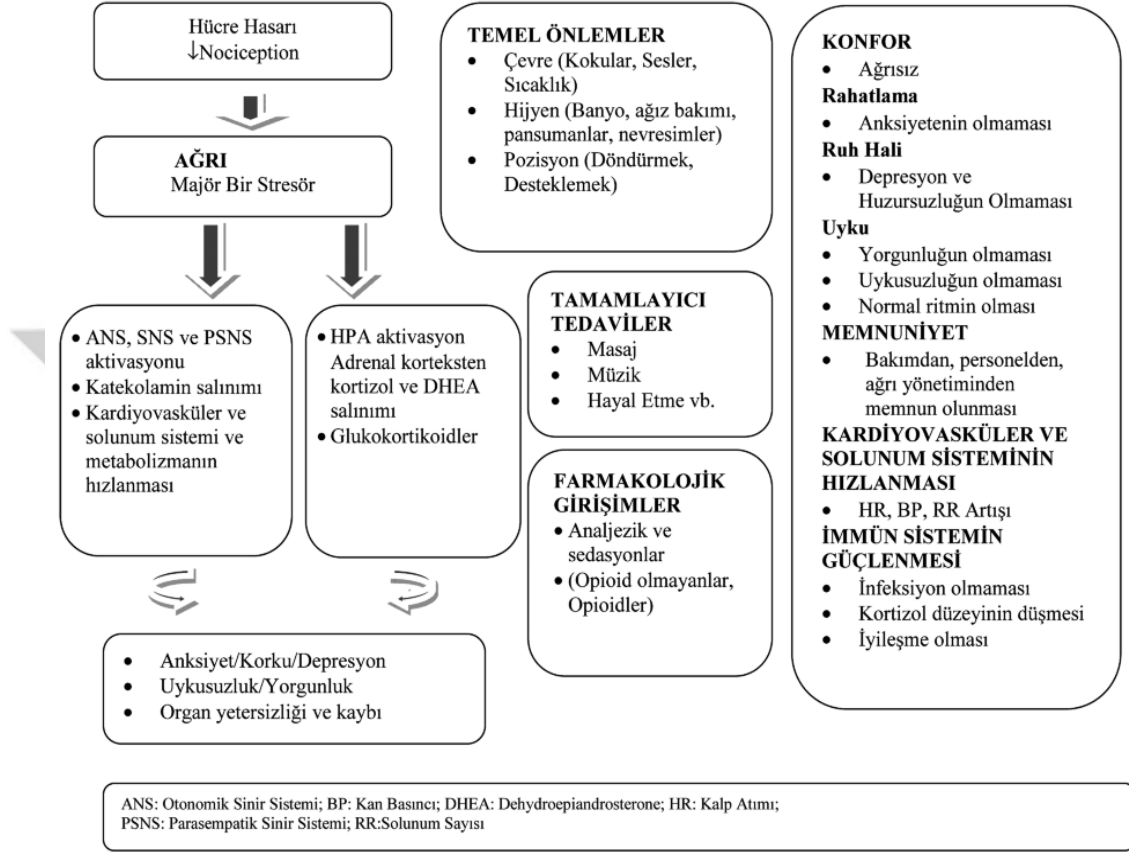
### **4.9. AĞRI YÖNETİMİ**

Ağrı yönetimi, ağrının birey için tolere edilebilir düzeye indirilmesi, kısmen ya da tamamen ortadan kaldırılmasını hedefler. Farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki yolla sağlanabilir. Farmakolojik yöntem medikal tedaviyi içerir. Farmakolojik yöntem hasta için kontrendike olduğunda ya da farmakolojik yöntemle destek amaçlı olarak nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler, medikal tedavi dışında kalan yöntemleri içerir (Yılmaz ve Atay, 2014).

Etkin ağrı yönetimi için, ağrının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve tedavinin yan etkilerinin takip edilmesi, yan etkilere müdahale edilmesi ve ağrının yeniden değerlendirilmesi için tüm basamaktaki girişimlerin kayıt edilmesi gerekmektedir (Erden, 2015; Ching, 2007).

Modern batı tıbbı, hastalık merkezli bir tutum sergiler. Ağrının yönetimi ise daha çok hasta merkezli, hastaya özel ve özellikle kronik ağrıda hastanın gönüllü katıldığı, sürdürülebilir, sağlığı geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım gerektirir.

Buradan hareketle günümüzde ağrı yönetiminde klasik farmakolojik yöntemlerle birlikte, bireyin durumunu bir bütün olarak ele alan integratif tamamlayıcı yöntemler de kullanılmaktadır (Arıkan ve Gözüm, 2015; Barr, 2013).



Şekil 1. Çok yönlü ağrı yönetimi modeli (Multimodal pain management model) (Cırık ve Efe, 2014).

#### 4.9.1. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetiminde yaygın olarak farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Ağrı kesiciler olarak bilinen analjeziklerin hızlı etkisi ve kolay uygulanabilir olması tercih sebebi olmaktadır. Fakat analjeziklerin bilinçsiz ve sıklıkla kullanılması hem maddi açıdan hem de bireyin sağlığı açısından sorun olmaktadır.

Özellikle narkotik kullanımı, her defasında doz artırılması sebebiyle vücutta ilaca karşı tolerans gelişmesine yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemlerin sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir (Cırık ve ark., 2014; Özveren, 2011).



Şekil 2. DSÖ'nün Ağrının Farmakolojik Tedavisinde Önerdiği Merdiven Sistemi (Yorulmaz,2012).

**Opioidler:** Opioidler narkotik analjeziklerdir. En önemli iki komplikasyonu solunumun baskılanması ve bağımlılık yapmasıdır. Opioid uygulanan hastanın solunum fonksiyonları yakından izlenmelidir. Bağımlılık ve solunum depresyonu yalnızca uzun süreli uygulamalarda risktir. Opioidler hakkındaki bilgi eksikliği ve korku, ağrı yönetiminde opioid kullanımını olumsuz etkilemektedir (Brennan ve ark., 2007; Barr, 2013; Erden, 2015; Helen E, 2001; Hyllested ve ark., 2002).

**Hasta Kontrollü Analjezi (Patient Control Analgesia-PCA):** Pompalı bir infüzyon sistemiyle ve çoğunlukla epidural kateterle hastaya bağlanan sistemden oluşmaktadır. Sistemin bir butonu olup hastanın ağrı hissettiğinde o butona basmasıyla hastaya intravenöz yoldan belirli dozda opioid uygulanması prensibine dayanır (Barr, 2013).

**Non Opioidler=Non Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ):** Periferdeki ağrıyı tetikleyen ve sinir uçlarını hassaslaştıran, prostaglandin sentezi için gerekli olan siklooksijenaz (COX) enziminin aktivasyonunu bloke ederek etki gösteren ilaçlardır. Asetaminofen, asetilsalisik asit, diklofenak sodyum, ibuprofen, naprosyn gibi ilaçlardır. Antiinflamatuvar, analjezik ve antipiretik etkiye sahip oldukları bilinmektedir (Brennan ve ark., 2007).

**Adjuvan İlaçlar:** Ağrı giderme ilacı olarak sınıflandırılmamakla beraber, ağrı gidermede destekleyici ajanlardır. Antidepresanlar ve antikolülsanlar bu sınıfa girmektedir (Brennan ve ark., 2007).

#### **Analjezik kullanımında DSÖ'nün önerdiği kurallar:**

- Analjezik seçiminde merdiven sistemi kullanılmalıdır.
- Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği önemsenmelidir.
- Analjezik kullanımında öncelik oral yol olmalıdır.
- Analjezik dozu bireye göre ayarlanmalıdır.
- Sürekli analjezik kullanımında, düzenli kullanılmasına özen gösterilmelidir.
- Yan etki profilaksisi göz ardı edilmemelidir.
- Gerektiğinde adjuvan ilaçlara başvurulmalıdır.
- Hasta ve ailesinin gereksiz korkuları giderilmelidir (Eti Aslan, 2006, Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

#### **4.9.2. Nonfarmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetimi**

Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler, ilaç dışı yöntemleri içermektedir. Farmakolojik olmayan yöntemler hem yalnız başlarına hem de farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılabilir. Bu sebeple son yıllarda kullanımı artmıştır (Özveren, 2011). Bu yöntemle ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bunlardan Gray ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, topuk kanı alma işlemi sırasında, 30 yenidoğandan annesi ile ten teması sağlananların, sağlanmayanlara göre ağlama sürelerinin (%82) ve yüz buruşturma davranışlarının (%65) azaldığı saptanmıştır (Derebent ve Yiğit, 2006). Ağrıyı kontrol altına almak ve analjezik kullanımını azaltmak için farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulama kolaylığı, istenmeyen etkilerinin olmaması ve ekonomik olması gibi avantajları vardır. Nonfarmakolojik yöntemler gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle beraber uygulanabilmektedir.

Nöropatik ağrılarda, gerilim tipi baş ağrılarında, romatoid artrit, akut tendonit ve birçok kronik nonmalign ağrılarda uygulanabilir. Nonfarmakolojik yöntemler, periferik teknikler, bilişsel davranışsal teknikler ve bu ikisi dışındaki diğer teknikler olarak sınıflanabilir (Özveren, 2011).

#### 4.9.2.1. Periferik Teknikler

Periferik tekniklerde, ağrıyı gidermek için geçici olarak deri uyarımı yapılır.

**Masaj:** Masaj insanlık tarihi kadar eski bir yöntemdir. İyileştirici etkileri nedeni ile pek çok kültürde kullanılmaktadır. Masaj, dolaşımı hızlandırarak kalbin pompalama gücünü artırır. Kas spazmının çözülmesini ve kasların gevşemesini sağlamaktadır. Masaj, yapıldığı bölgede vazodilatasyona yola açıp dolaşımı hızlandırmakta ve bölgede biriken metabolitlerin uzaklaştırılması yoluyla da ağrı azaltılabilmektedir. Masajla derideki dokunma reseptörlerinin uyarılması sağlanır (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

**Sıcak Uygulama:** Sıcak uygulama ağrıyı gidermek için kullanılan etkili yöntemlerden biridir. Kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirip dokunma reseptörlerini uyarır ve ağrılı bölgede vazodilatasyon sağlayarak iskemik ağrıyı azaltır. Sıcak uygulama, travmadan 48 saat sonra, hemoroidde, sistitte, bursitiste ve kas eklem ağrılarında uygulanabilir (Özveren, 2011; Yorulmaz, 2012).

**Soğuk Uygulama:** Ödemin giderilmesi ve kas spazmının çözülmesini sağlayarak ağrıyı giderir veya tolere edilebilir düzeye getirir. Periferik sinir iletiminde yavaşlamaya yol açarak ağrıyı giderir. Soğuk uygulamanın ağrı kontrolündeki etkisi sıcak uygulamaya göre daha uzundur. Travma sonrası ilk 48 saatte, böcek sokmalarında, kanamada, romatoid artritte, yanıkta, baş ve diş ağrılarında soğuk uygulama yapılabilir (Yorulmaz, 2012).

**Deriye Mentol Uygulama:** Mentol Mentha cinsi bir bitkiden elde edilir. Hem ferahlatıcı, hem de ağrıyı hafifletici olarak kullanılır. Mentollü kremler deriye uygulandıklarında sıcaklık ya da serinlik hissi verirler. Mentol uygulaması endorfin salınımını arttırarak etki eder.

Gerilim tipi baş ağrılarında, artritlerde, kas-eklem ve tendon ağrılarında, bel ve boyun ağrılarında, boğaz ağrısında kullanılır (Yorulmaz, 2012).

**Vibrasyon:** Düşük voltaj elektrikle yapılan masajdır. Uygulanan bölgede, hissizlik, parastezi ve anestezi etkisi gösterdiği için ağrıyı giderir ya da tolere edilebilir düzeye getirir (Tuncer, 2011; Yorulmaz, 2012).

**Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS):** Cilde yerleştirilen elektrotlar yoluyla sinir sistemine düşük voltajlı elektrik akımı verilerek yapılan bir tedavidir. İki yoldan etki eder. Öncelikle TENS ile duyuşal A lifleri yüksek frekansta ile uyarılır, uyarının impulsları beyne giden yolu kaplar ve ağrının geçişine engel olur. İkinci olarak da vücuttaki doğal opioidlerin salınımını aktive eder. Akut ve kronik ağrılarda sıklıkla kullanılan TENS'i, fizyoterapistler veya bu konuda özel eğitim almış hemşireler uygulayabilir (Özveren, 2011).

**Terapötik Dokunma:** 21.yüzyılın başlarında hemşire Doleres Krieger tarafından geliştirilen, vücutta belli enerji duraklarına dokunmak suretiyle uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Kronik ağrıyı gidermede, özel eğitim almış hemşireler tarafından uygulanır (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

#### 4.9.2.2. Bilişsel Davranışsal Teknikler

**Gevşeme:** Anksiyetenin ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesi prensibine dayanır. Gevşeme ile kalp ve solunum hızı azaltılarak vücudun oksijen tüketimi azaltılması hedeflenir. Gevşemenin ağrıyı azaltmak suretiyle ağrıya baş etme yeteneğini artırır. Hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırma yoluyla da ağrıyı azaltmaktadır (Alıvermez, 2010; Özveren ve Uçar, 2009; Yorulmaz, 2012).

**Meditasyon:** Rahat bir şekilde oturmayı, kendi kendine odaklanmayı içerir ve kolayca uygulanabilmektedir. Meditasyonun özel bir şeklinde, hastalara gevşeme yöntemi, hastalığa ve ağrıya karşı önyargılı bir yaklaşımla ortaya çıkan negatif düşüncelerin giderilmesi, bireyin kendi durumunun farkında olması ve baş etme öğretilmeye çalışılır (Özveren ve Uçar, 2009).

**Dikkati Başka Yöne Çekme:** Ağrılı bireyin tüm dikkati ağrısı üzerinde odaklanmıştır. Dikkatin başka yöne çekilmesi, ağrıyı gidermez ancak bireyin ağrıya olan tolerasyonunu arttırır. Hastanın sevdiği filmi izleme, müzik dinleme, resim yapma gibi etkinlikler örnek olarak verilebilir. Dikkati başka yöne çekme yöntemleri ilgi çekici olmalı, birden fazla duyuyu harekete geçirmelidir. Dikkati başka yöne çekme yöntemi hastayı yorduğu için akut ve kronik ağrılarda kısa süreli olarak kullanılmaktadır (Alıvermez ve ark., 2010).

**Müzik Terapi:** Ağrılı bireyin dikkati, ağrı dışında bir uyaran olan müziğe çekilir. Ayrıca endorfin salgılanmasını sağlayarak da ağrılı bireyi rahatlatır. Müzik terapisi, kanser ağrısında, yanık ağrısında, postoperatif ağrıda ve tanı-tedavi işlemlerine bağlı ağrılarda kullanılabilir (Alıvermez ve ark., 2010).

**Hayal Kurma:** Hayal kurma iki farklı şekilde uygulanır. Ağrılı bireyden kendisini rahatlatan sahneleri düşlemesi istenir ve bireyin dikkati ağrıdan uzaklaştırılır. Diğer şekilde ise dikkat ağrıda odaklanır, ağrılı bireyden ağrıyı bir renk olarak hayal etmesi istenir, sonrasında ise ağrıyı başka bir renge dönüştürmesi istenebilir. Hayal kurma yöntemi, bireyin ağrısı yokken ya da çok az ağrısı varken öğretilmelidir. Hayal kurma yöntemi hem akut hem de kronik ağrıda diğer nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılabilir (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

#### 4.9.2.3. Diğer Teknikler

**Akapunktur:** Akapunkturun ağrıyı nasıl giderdiği günümüzde hala tartışılıyor olmasına rağmen akapunktur, kullanılan ve yaygınlaşan bir yöntemdir. Vücutta belli enerji noktalarına iğne batırmak suretiyle endorfin salınımının arttırılmasıyla ağrıyı gidermede kullanılır. Çeşitli ağrı tiplerinde kullanılmaktadır (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

**Plasebo:** Ağrı kontrol altına alınamadığında, bireyin ağrıyla baş etme gücünü arttırmak için uygulanan farmakolojik olmayan maddelerdir. Plaseboya daha çok psikolojik kaynaklı ağrılarda başvurulmaktadır. Plasebonun, endojen opioid sistemlerin uyarılmasını sağladığı düşünülmektedir (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

**Cerrahi Tedavi Yöntemleri:** Cerrahi tedavi ağrının, bilinen farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle giderilemediği vakalarda uygulanır, ağrı yönetiminde son seçenektir. Merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde kesilmesi yoluyla ağrı iletiminin engellenmesi temeline dayanır (Özveren, 2011; Tuncer, 2011).

**Sinir Blokları:** Sinir iletimini kesintiye uğratarak ağrının hissedilmesini azaltan bazı kimyasal veya fiziksel uygulamalardır (Alivermez, 2010; Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Çelik, 2016).

#### **4.9.3. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü**

Ağrı yönetiminde hemşirenin vazgeçilmez bir rolü vardır. Hemşireyi ağrı yönetiminde vazgeçilmez kılan, hasta ile tedavinin tüm aşamalarında birlikte olmasıdır. Hastadan ayrıntılı anamnez alması, hastanın geçmiş ağrı deneyimlerini sorgulaması, farmakolojik tedavinin sonuçlarını izlemesi, hastaya uygun nonfarmakolojik yöntemleri uygulaması, kayıt tutması ve empatik yaklaşım sergilemesi hemşireyi ağrı yönetiminde vazgeçilmez kılan etkenlerdir (Eti Aslan ve Badır, 2005).

Hemşirelikte ağrı değerlendirilmesi ve yönetimi konusundaki çalışmalarda, hemşirelerin ağrı değerlendirmesi ve yönetimine dair bilgi eksikliklerinin olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde, bir üniversite hastanesinde, dahiliye ve cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin (n=235) ağrı konusunda bilgi, davranış, tutum ve klinik karar verme yeteneklerinin incelendiği çalışma sonucunda hemşirelerin ağrı tanınması ve yönetimi konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Özer ve ark., 2006).

Ağrı yönetiminde başarılı olabilmek için ağrının değerlendirilmesiyle başlayan süreçte, hastanın yakından takip edilmesi, tedavinin yan etkilerin izlenmesi, yan etkilere müdahale edilmesi ve ağrının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşirenin tüm bu aşamaları kayıt altına alma sorumluluğu vardır. Kayıtlar sağlık ekibi üyelerine yol göstermesi açısından önemlidir.

Uluslararası sağlık kuruluşları American Pain Society (APS) ve Joint Commission International (JCI), ağrı değerlendirmesinin ve tedavisinin sistematik ve doğru yapılmaması sebebiyle ağrı yönetiminin yetersiz olduğunu belirtmiştir (Erden, 2015).

Günümüzde eğitim programlarındaki gelişmelere rağmen sağlık personelinin ağrıya ilişkin bilgi ve tutumları halen yeterli düzeye ulaşmamıştır. Sağlık ekibi üyelerinin lisans eğitimi sırasında ağrıya dair aldıkları eğitimin yetersiz olduğu bilinmektedir. Bu nedenle aday öğrencilerin ağrı ve ağrının giderilmesine, azaltılmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olması gereklidir. Öğrencilerin ağrıya ilişkin bu donanımı eğitim programlarında yeterli teorik bilgi ve uygulamanın yer alması ile sağlanabilir (Yılmaz ve ark., 2010).

Ağrı yönetimi karmaşık bir konudur. Ağrı yönetimi kararları şunları içerir:

- Ağrı kesicinin hekim direktifi ve ilgili kullanım şeması
- Diğer ęalıřma arkadaşlarıyla işbirliği yapma
- Hastalar için uygun doz
- Zamanlama ve analjezik tipi için sağlık ęalıřanlarına danışma.

Bu kararları verebilmek için hemşirelerin yalnızca geçerli bilgiye değil, ayrıca yetkin bir iletişim yeteneğine, analjeziklere karşı olumlu inanęlara ve tutumlara ihtiyağları vardır. Hemşirelerin bilgilerinin, tutumlarının ve inanęlarının ağrı yönetiminin etkililiği üzerinde kayda değer bir etkisi vardır (Helen ve ark., 2001).

#### **4.9.4. Ağrı Yönetiminde Sorunlar**

Ulusal Hemşirelik Araştırma Birliği (ICN), ağrı yönetimi sorunlarını;

- Ağrı değerlendirmesindeki sıkıntılar,
- Uygun olmayan analjezik kullanımı,
- Nonfarmakolojik yöntemlerin istendik düzeyde kullanılmaması,
- Tedavinin sonuçlarını değerlendirmedeki eksiklikler olarak dört başlık altında toplamıştır (ęelik, 2016).

Ağrı yönetimi pratikte uzun sorunlara sahne olmaktadır. Son 30 yıldır bu konuda çalışmalar yapılmaktadır. Ağrı yönetimindeki sorunlar, özellikle iki alanda yoğunlaşmaktadır. Bunlar hasta kaynaklı ve sağlık ekibi kaynaklı sorunlar olarak değerlendirilmektedir. Hastalar üzerine 2000 yılında Laffey'in yaptığı bir çalışmada, hastanın hastalığına ve tedaviye dair korkuları, yanlış kanıları ve yetersiz ağrı bildirimini hasta kaynaklı sorunlar olarak belirtilmektedir. 1996'da Martin'in çalışmasında ise hastaların, yatağa bağımlı kalma korkusu, cerrahi korkuları, anestezi altında ölme korkusu, kanser olma korkusu gibi korkularının yüksek anksiyeteye sebep olduğu ve anksiyetenin artması sonucunda da da ağrının arttığı belirlenmiştir (Carr, 2008).

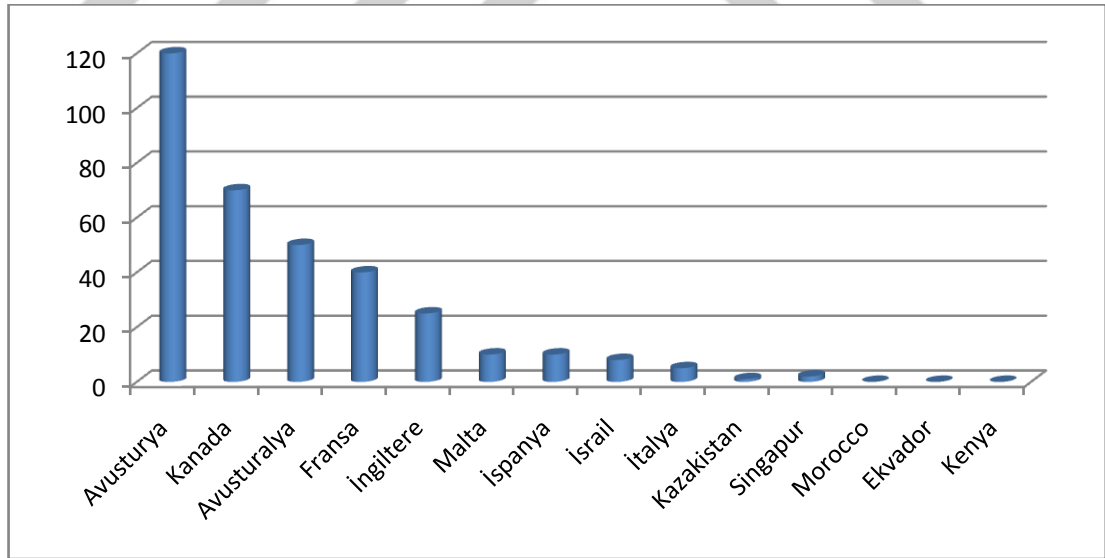
Hastadan kaynaklanan ağrı yönetimi sorunlarından bir diğeri de çocukluk döneminde yaşanan birçok acı, ağrı ve korkudur. Bu durum yetişkinlik döneminde de hastaneye başvurulduğunda korku ve anksiyeteye neden olabilmektedir (Göl ve Onarıcı, 2015).

Sağlık ekibinden kaynaklanan sorunlar ise; ağrıyı değerlendirme ve yönetimine ilişkin bilgi donanım ve becerilerinin yetersizliği, bazı hastalarda ağrının gözlenebilir belirtilerinin (vücut hareketleri, respiratuar değişiklikler, iletişim kurma çabaları gibi) görülmemesi, ağrı eşiğinin bireyden bireye değişiklik göstermesi, ağrı bildirimindeki yetersizlikler, tedavide bağımlılık ve tolerans korkusu, dini inançların etkisi ağrı yönetiminde sorunlara yol açmaktadır. Hasta ve yakınlarının ağrı yönteminde kullanılan yöntemlere ilişkin korku ve çekingenlikleri, ilaç kullanmak istememeleri, mali destek ve geri ödeme ile ilgili sorunlar diğer faktörler arasında yer almaktadır. Etkili ağrı yönetimi için hasta, sağlık personeli, yasalar ve çevresel faktörlerden kaynaklanan engellerin farkında olunması ve çözümlenmesi gerekmektedir (Alivermez ve ark., 2010; Carr, 2008; Helen, 2001; Oliver ve ark., 2012).

Kronik ağrının yönetiminin akut ağrıya göre daha sıkıntılı olduğu bilinmektedir. Bunun sebebi olarak; sağlık personelinin akut ağrıyı önemsemesi ama kronik ağrının hemşireler tarafından hastalığın doğal bir sonucu olarak algılanması gösterilmektedir. Kronik ağrının bireyin yaşam kalitesini etkileyebileceği göz ardı edilmekte ve çözümlenmesi gereken öncelikli bir sorun olarak yeterince

algılanamaması ağrı kontrolünde karşılaşılan önemli sorunlardandır (Akdemir ve ark., 2008).

Opiodlerin uygulanmasındaki şüphe ve çekinceler de ağrı yönetimi sorunlarından biridir. Bilgi eksikliği, hemşirelerin narkotik ağrı kesicilere karşı negatif inanç ve tutum oluşturmalarına sebep olabilir. Örneğin; hemşireler ağrı yönetimini öncelikli bulmalarına rağmen, ağrıyı tamamen ortadan kaldırmaktansa onu hafifletmeyi amaçlarlar. Narkotik ağrı kesicileri ağrı giderici olarak kullanmakta ya da reçete edilmiş narkotik ağrı kesiciyi maksimum dozda vermekte isteksizdirler ve analjezik tedavinin uygun süresi hakkında fikirleri sabittir. Hemşirelerin gerek duyulan kadar narkotikleri vermek için niyetleri, narkotiklere karşı tutumları, narkotiklerin verilmesine karşı servis kuralları ve narkotiklerin verilmesi üzerine kendilerinde algıladıkları kontrol tarafından bağımsız olarak etkilenmiştir. Bu inançlar ve tutumlar hemşirelerin ağrı yönetimini iyileştirmeyi amaçlayan eğitim programları yönünde bir değişime olan ihtiyacı vurgulamaktadır (Helen ve ark., 2001; Hughes, 2008; Wells ve ark., 2008).



Şekil 3. Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu 2005 verilerine göre mg/kişibaşı morfin kullanımı (Carr, 2008).

2005 yılında Avustralya ve Yeni Zelanda'da yayımlanan Akut Ağrı Yönetmeliği dünya ülkelerine ağrı yönetimi için yol göstermektedir. Ama yine de bir çok ülkede etkili ağrı kesici kullanımında engeller devam etmektedir (Carr, 2008).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve hemşirelik lisans eğitiminde ağrı yönetimi eğitimine ilişkin önerilerde bulunmak amacıyla yapılmış bir araştırmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

### **5.3. ARAŞTIRMA SORULARI**

Araştırma sonucunda cevaplanması beklenen araştırma soruları;

- Öğrenci hemşirelerin bireysel ve sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi bilgi düzeyleri nedir?
- Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi bilgi düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

### **5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Araştırma, İstanbul İli Avrupa Yakası'nda bulunan bir vakıf üniversitesi hemşirelik yüksekokulunda gerçekleştirildi.

### **5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırma evrenini; İstanbul İli Avrupa Yakası'nda bulunan bir vakıf üniversitesi hemşirelik yüksekokulu 2. , 3. , 4. sınıfta eğitim gören 400 öğrenci oluşturmaktadır.

## **5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmada örnekleme seçme yoluna gidilmemiŐ, 400 öğrenci hemŐireden oluşan evrenin tümüne ulaşılması planlanmıŐtır.

Araştırma,

- 01.12.2016-15.12.2016 tarihleri arasında hemşirelik bölümünde okuyan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve
- Veri toplamak için ulaŐılabilen 255 öğrenci hemşireyle tamamlanmıŐtır.

## **5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma, 2. , 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden araştırmaya dahil olmayı kabul edenlerle sınırlıdır.

## **5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER**

Araştırmanın yapılması için İstanbul İli Avrupa Yakası'nda bulunan vakıf üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan ve hemşirelik yüksekokulu yönetiminden gerekli izinler alındı (Ek 2, Ek 4). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Öğrenci Bilgi Formu, Ağrı Yönetimi Bilgi Formu hazırlandı (EK 3). Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan öğrencilere araştırmanın amacı, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve kimseyle paylaŐılmayacađı açıklanarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı.

## 5.9. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama çalışmaları, İstanbul İli Avrupa Yakası'ndaki bir vakıf üniversitesinin hemşirelik yüksekokulunda 01.12.2016-15.12.2016 tarihleri arasında yapıldı.

### 5.9.1. Veri Toplama Yöntemi

Alınan izinler doğrultusunda 2. , 3. ve 4.sınıfta eğitim gören öğrencilere dair veriler, “Öğrenci Bilgi Formu” ve “Ağrı Yönetimi Bilgi Formu” ile öğrencilere sorular yöneltilerek elde edildi. Araştırma sorularının yanıtlanması 15 dakika sürmüştür.

### 5.9.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak (1) “Öğrenci Bilgi Formu” ve (2)“Ağrı Yönetimi Bilgi Formu” kullanıldı (Ek 3).

**1.Öğrenci Bilgi Formu:** Araştırmada kullanılan Öğrenci Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlandı ve iki bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı 10 soru, ikinci bölümde ise ağrı ile ilgili özelliklerin sorgulandığı 12 soru yer almaktadır.

**2. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu:** Bu form, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgileri ışığında hazırlandı. “Ağrı Yönetimi Bilgi Formu” nda öğrenci hemşirelere yöneltilen ağrı yönetimine ilişkin 34 soru yer almaktadır. Sorulara verilen yanıtlar “Doğru”, “Yanlış”, “Bilmiyorum” olarak değerlendirildi. Her doğru yanıt “1”, her yanlış ve bilmiyorum yanıtı “0” puan şeklinde kodlanacaktır. Her madde için verilen puan esas alındı.Bu formdan elde edilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 34'tür.

## 5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmayla elde edilen verilerin analizi için SPSS 16.0 programı kullanıldı. Ağrı yönetimi bilgi formu puanlarının dağılımı verildi, puanlar öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik, ağrı ve ağrı yönetimi özelliklerine göre fark analizleri ile karşılaştırıldı ve puanlar arasındaki ilişkiler hesaplandı. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden yararlandı. Fark analizlerinde iki bağımsız değişken için t testi, ikiden fazla bağımsız değişken için One-way ANOVA testi, ilişki analizleri için ise Pearson's korelasyon testi kullanıldı.

## 6. BULGULAR

Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 255 hemşirelik öğrencisi ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 4 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Öğrenci Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri
2. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Özellikleri
3. Ağrı Yönetimi Bilgi Formuna İlişkin Bulgular
4. Öğrenci Hemşirelerin Önemli Sosyo-Demografik ve Ağrı Özelliklerinin, Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarına Göre Karşılaştırılması

### 6.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin yaş, cinsiyet, sınıf, mezun olunan lise türü, medeni durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne meslek, baba meslek, aileyle birlikte yaşama durumu, kronik hastalık ve sağlık durumu değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 1’de verildi.

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=255)**

Demografik Özellik	Kategori	n	%
Yaş	<i>Ortalama: 21,32 ± 1,803 (Aralık: 19-32)</i>		
Cinsiyet	Kız	213	83,5
	Erkek	42	16,5
Sınıf	2. sınıf	75	29,4
	3. sınıf	89	34,9
	4. sınıf	91	35,7
	Genel Lise	130	51,0
Mezun Olunan Lise	Anadolu/Fen Lisesi	84	32,9
	Sağlık Meslek Lisesi	41	16,1

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=255) (devam)**

<b>Demografik Özellik</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Medeni Durum	Evli	6	2,4
	Bekar	249	97,6
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	89	34,9
	Ortaöğretim/Lise	132	51,8
	Üniversite	32	12,5
	Lisansüstü	2	0,8
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	56	22,0
	Ortaöğretim/Lise	142	55,7
	Üniversite	52	20,4
	Lisansüstü	5	2,0
Anne Meslek	Serbest Meslek + Çalışan	64	25,0
	Ev Hanımı	167	65,5
	Emekli	18	7,1
	Ex	6	2,4
	Memur	36	14,1
Baba Meslek	İşçi	40	15,7
	Serbest Meslek	113	44,3
	Emekli	64	25,1
	Ex	2	0,8
Aileyle Birlikte Yaşama	Evet	178	69,8
	Hayır	77	30,2
Kronik Hastalık	Var	22	8,6
	Yok	233	91,4
Sağlık Durumu	<i>Ortalama: 6,84 ± 2,023 (Aralık: 1-10)</i>		

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %83,5'i (n=213) kız, %16,5'i (n=42) erkektir. Öğrencilerin yaşlarının 19 ile 32 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $21,32 \pm 1,803$  yaş olduğu belirlendi.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılımları incelendiğinde, %29,4'ünün (n=75) 2. Sınıfta, %34,9'unun (n=89) 3. sınıfta, %35,7'sinin (n=91) ise 4. sınıfta öğrenim gördüğü saptandı.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin mezun oldukları lise türüne göre dağılımları incelendiğinde, %51'inin (n=130) Genel Lise, %32,9'unun (n=84) Anadolu/Fen Lisesi, %16,1'inin (n=41) ise Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu görüldü.

Öğrenci hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %2,4'ünün (n=6) evli, %97,6'sının (n=249) ise bekar olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin anne eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %34,9'unun (n=89) annesinin ilköğretim, %51,8'inin (n=132) ortaöğretim/lise, %12,5'inin (n=32) üniversite, %0,8'inin (n=2) ise lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu görüldü.

Öğrencilerin baba eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %22'sinin (n=56) babasının ilköğretim, %55,7'sinin (n=142) ortaöğretim/lise, %20,4'ünün (n=52) üniversite, %2'sinin (n=5) ise lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin anne mesleğine göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %25'inin (n=64) annesinin serbest meslek sahibi veya çalışan olduğu, %65,5'inin (n=167) ev hanımı, %7,1'inin (n=18) ise ev hanımı olduğu saptandı.

Öğrenci hemşirelerin baba mesleğine göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %14,1'inin (n=36) babasının memur, %15,7'sinin (n=40) babasının işçi, %44,3'ünün (n=113) babasının serbest meslek sahibi, %25,1'inin (n=64) babasının ise emekli olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %69,8'inin (n=178) ailesiyle birlikte yaşadığı saptandı.

Öğrenci hemşirelerin %8,6'sının (n=22) bir kronik hastalığı olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin bireysel sağlık durumu değerlendirmesinin 1 ile 10 arasında değiştiği, sağlık durumu ortalama değerlendirme puanının ise  $6,84 \pm 2,023$  olduğu belirlendi.

## 6.2. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Deneyim ve Özellikleri

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin ağrıyı tanımlama, bireysel ağrı deneyimi, aile fertlerinde ağrı deneyimi, ağrı deneyimlerken gösterilen tutum, ağrılı bireylerle karşılaşma sıklığı, ağrılı bireylerle karşılaşıldığında önerilen ağrı yönetimi, lisans eğitiminde ağrıyla ilgili eğitim alma, lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili eğitim alma, lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili alınan eğitim türü ve mevcut ağrı yönetim bilgisi değerlendirmesi değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 2’de verildi.

**Tablo 2. Öğrencilerin Ağrı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=255)**

Ağrı ile İlgili Özellikleri	Kategori	n	%
Ağrıyı Tanımlama	Hastalık göstergesi	143	56,1
	Dayanılması gereken durum	28	11,0
	İş yapmaya engel durum	66	25,9
	Yardım çağırısı	17	6,7
Bireysel Ağrı Deneyimi	Evet	247	96,9
	Hayır	8	3,1
Aile Fertlerinde Ağrı Deneyimi	Evet	241	94,5
	Hayır	14	5,5
Ağrı Deneyimlerken Gösterilen Tutum	Konsantre olamama	116	45,5
	Tüm uğraşları bırakma	84	32,9
	Gergin olma	156	61,2
	Ağlama	39	15,3
	Yalnız kalmak isteme	26	10,2
Ağrılı Bireylerle Karşılaşma Sıklığı	Sık sık	176	69,0
	Nadiren	79	31,0

**Tablo 2. Öğrencilerin Ağrı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=255) (devam)**

Ağrı ile İlgili Özellikleri	Kategori	n	%
Ağrılı Bireylerle Karşılaşıldığında Önerilen Ağrı Yönetimi	İlaç alma	79	31,0
	İlaç dışı yöntemler	68	26,7
	Sağlık kuruluşuna başvurma	167	65,5
	Hiçbir şey önermem	1	0,4
Lisans Eğitiminde Ağrıyla İlgili Eğitim Alma	Evet	204	80,0
	Hayır	51	20,0
Lisans Eğitimi Dışında Ağrıyla İlgili Eğitim Alma	Evet	39	15,3
	Hayır	216	84,7
Lisans Eğitimi Dışında Ağrıyla İlgili Alınan Eğitim Türü	Kurs	3	1,2
	Seminer	7	2,7
	Hizmet içi Eğitim	20	7,8
	Diğer	7	2,7
	İleri düzey	15	5,9
Mevcut Ağrı Yönetim Bilgisi Değerlendirmesi	Orta düzey	209	82,0
	Yetersiz	29	11,4
	Hiç bilğim yok	2	0,8

Öğrenci hemşirelerin ağrı nedir sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde %56,1'inin (n=143) ağrıyı bir hastalık göstergesi olarak, %11'inin (n=28) dayanılması gereken bir durum olarak, %25,9'unun (n=66) iş yapmaya engel bir durum olarak, %6,7'sinin (n=17) ise yardım çağrısı olarak tanımladığı görüldü.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %96,9'unun (n=247) bireysel ağrı deneyimi olduğu saptandı. Öğrencilerin aile fertlerinde ağrı deneyimi olma durumları incelendiğinde ise, öğrencilerin %94,5'inin (n=241) aile fertlerinde bir ağrı deneyimi yaşadığı tespit edildi.

Öğrencilerin ağrıyı deneyimlerken gösterdikleri tutuma göre dağılımları incelendiğinde, %45,5'inin (n=116) konsantre olamama, %32,9'unun (n=84) tüm uğraşları bırakma, %61,2'sinin (n=156) gergin olma, %15,3'ünün (n=39) ağlama, %10,2'sinin (n=26) ise yalnız kalmak isteme tutumu gösterdiği belirlendi.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %69'unun (n=176) sık sık, %31'inin (n=79) ise nadiren ağırlı bireylerle karşılaştığı tespit edildi. Öğrencilerin ağırlı bireylerle karşılaştığında önerdikleri ağırlı yönetimine göre dağılımları incelendiğinde, %31'inin (n=79) ilaç almayı, %26,7'sinin (n=68) ilaç dışı yöntemleri, %65,5'inin (n=167) bir sağlık kuruluşuna başvurmayı önerdiği, %0,4'ünün (n=1) ise hiçbir şey önermediği saptandı.

Öğrenci hemşirelerin %80'inin (n=204) lisans eğitiminde ağırlı ile ilgili eğitim aldıkları, %15,3'ünün (n=39) ise lisans eğitimi dışında da ağırlı ile ilgili bir eğitim aldığı belirlendi. Öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağırlı ile ilgili aldıkları eğitim türüne göre dağılımları incelendiğinde, %1,2'sinin (n=3) kursa gittiği, %2,7'sinin (n=7) seminer, %7,8'inin (n=20) hizmet içi eğitim aldığı, %2,7'sinin (n=7) ise diğer bir eğitim aldığı görüldü.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %5,9'unun (n=15) mevcut ağırlı yönetim bilgisi düzeyini ileri düzey, %82'sinin (n=209) orta düzey, %11,4'ünün (n=29) yetersiz olarak değerlendirdiği, %0,8'inin (n=2) ise ağırlı yönetimi konusunda hiç bilgisi olmadığı belirlendi.

### **6.3. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR**

Bu bölümde Ağırlı Yönetimi Bilgi Formu puanlarının dağılımı ve Ağırlı Yönetimi Bilgi Formu güvenilirlik analizi sonuçları verildi.

#### **6.3.1. Ağırlı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Dağılımı**

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağırlı Yönetimi Bilgi Formu maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'de verildi.

Buna göre öğrenci hemşirelerin en çok doğru yanıt verdikleri sorunun “ *Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır*” (n=220) sorusu, en çok hatalı yanıt verdikleri sorunun ise “*Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1’den azdır*” (n=38) sorusu olduğu görüldü (Tablo 3).

**Tablo 3. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Yanıtlarının Dağılımı (N=255)**

Madde	Doğru Cevap		Yanlış Cevap	
	n	%	n	%
1. Ağrı, mutlaka travma ve doku zedelenmesi sonucu oluşur.	200	78,4	55	21,6
2. Ağrı, hastalığı tanılamada önemli bir ipucudur.	217	85,1	38	14,9
3. Travma, yanık ve hastalık sonucu oluşan ağrı akut ağrıdır.	193	75,7	62	24,3
4. Altta bir patolojik nedeni olmayan ağrı, gerçek ağrı değildir.	152	59,6	103	40,4
5. Akut ağrı tedavi edilmezse kronik ağrı oluşumuna sebep olur.	196	76,9	59	23,1
6. Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır.	220	86,3	35	13,7
7. Uykusuzluk, anksiyete ve depresyon ağrı eşiğini düşürür.	169	66,3	86	33,7
8. Hasta rahat görünüyorsa ağrısı yoktur.	175	68,6	80	31,4
9. Ağrı şiddeti tayininde yaşam bulguları değişiklikleri yeterlidir.	168	65,9	87	34,1
10. Ağrı değerlendirmesinde, bütün hastalarda uygulaması kolay olan VAS kullanılmalıdır.	67	26,3	188	73,7
11. Mekanik ventilatöre bağlı hasta konuşamadığı için ağrı değerlendirmesi yapılamaz.	141	55,3	114	44,7
12. Ağrı şiddeti, hastanın ifadesiyle değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir.	163	63,9	92	36,1
13. Hasta, ağrısı olmasına rağmen uyuyabilir.	135	52,9	120	47,1
14. Plasebo ile geçen ağrı gerçek değildir.	69	27,1	186	72,9
15. 11 Yaş altı çocuklarda, ağrı şiddeti tayini anne-baba tarafından yapılmalıdır.	119	46,7	136	53,3
16. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, NSAİİ ve lokal anesteziiklerdir.	150	58,8	105	41,2
17. Hasta butona bastığında analjezi sağlayan sistem, hasta kontrollü analjezi sistemidir.	177	69,4	78	30,6
18. Antidepresanlar, ağrı tedavisinde destekleyici farmakolojik ajanlardır.	135	52,9	120	47,1
19. Sedatize edici ilaçlar, etkili ağrı kesicilerdir.	55	21,6	200	78,4
20. İntravenöz olarak uygulanan morfin, en fazla 5 dakika etki gösterir.	100	39,2	155	60,8

**Tablo 3. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Yanıtlarının Dağılımı (N=255) (devam)**

Madde	Doğru Cevap		Yanlış Cevap	
	n	%	n	%
21. Oral morfin en fazla 1,5-2 saat etki gösterir.	82	32,2	173	67,8
23. Ağrı tedavisi hastaya/kişiye özel planlanmalıdır.	216	84,7	39	15,3
24. Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmelidir.	114	44,7	141	55,3
25. Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır.	38	14,9	217	85,1
26. Ağrıyı geçirme girişiminden önce, hastanın ağrıya dayanması istenmelidir.	123	48,2	132	51,8
27. Aspirin ve diğer NSAİİ, kanser ağrısı ve kronik ağrılar için etkili değildir.	41	16,1	214	83,9
28. Nonfarmakolojik yöntemler orta şiddetli ağrıda etkilidir, şiddetli ağrıda etkili olmaz.	49	19,2	206	80,8
29. Uzun süreli opioid alan hastalarda, solunum depresyonu az da olsa ortaya çıkar.	142	55,7	113	44,3
30. Ağrı tedavisinde, tek analjezik ajan kullanımı çoklu analjezik kullanımından daha etkilidir.	75	29,4	180	70,6
31. Ağrı tedavisinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmamalıdır.	122	47,8	133	52,2
32. Çocuk-yaşlı ve ajite hastada ağrı yönetimi imkansızdır.	171	67,1	84	32,9
33. Ağrı yönetiminin ilk basamağı, ağrı tedavisidir.	126	49,4	129	50,6
34. Ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetiminin bir ögesi değildir.	180	70,6	75	29,4

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanlarının 5 ile 29 arasında değiştiği, bilgi formu puan ortalamasının  $17,77 \pm 4,617$  olduğu tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Dağılımı (N=255)**

	Potansiyel Dağılım	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanı	0-34	17,77	4,617	5	29

### 6.3.2. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Güvenirlik Analizi

Ağrı Yönetimi Bilgi Formu için yapılan güvenirlilik analizi sonucunda ise güvenirlilik katsayısının **0,871** olduğu belirlendi. Buna göre ölçeğin istatistiksel açıdan yüksek anlamlılık düzeyine sahip olduğu görüldü. Araştırmada Ağrı Yönetimi Bilgi Formu madde toplam puan korelasyonu katsayısı tüm maddeler için -0,125 - 0,513 arasında bulundu (Tablo 5).

**Tablo 5. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=255)**

Madde	Bilgi Formu Toplam Puan	
	$r_p$	P
1. Ağrı, mutlaka travma ve doku zedelenmesi sonucu oluşur.	0,375**	<b>0,000</b>
2. Ağrı, hastalığı tanılamada önemli bir ipucudur.	0,314**	<b>0,000</b>
3. Travma, yanık ve hastalık sonucu oluşan ağrı akut ağrıdır.	0,339**	<b>0,000</b>
4. Altta bir patolojik nedeni olmayan ağrı, gerçek ağrı değildir.	0,354**	<b>0,000</b>
5. Akut ağrı tedavi edilmezse kronik ağrı oluşumuna sebep olur.	0,170**	<b>0,000</b>
6. Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır.	0,475**	<b>0,000</b>
7. Uykusuzluk, anksiyete ve depresyon ağrı eşiğini düşürür.	0,342**	<b>0,000</b>
8. Hasta rahat görünüyorsa ağrısı yoktur.	0,399**	<b>0,000</b>
9. Ağrı şiddeti tayininde yaşam bulguları değişiklikleri yeterlidir.	0,513**	<b>0,000</b>
10. Ağrı değerlendirmesinde, bütün hastalarda uygulaması kolay olan VAS kullanılmalıdır.	0,131*	<b>0,037</b>
11. Mekanik ventilatöre bağlı hasta konuşamadığı için ağrı değerlendirmesi yapılamaz.	0,450**	<b>0,000</b>
12. Ağrı şiddeti, hastanın ifadesiyle değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir.	0,381**	<b>0,000</b>
13. Hasta, ağrısı olmasına rağmen uyuyabilir.	0,328**	<b>0,000</b>
14. Plasebo (ilaçsız boş serum uygulaması) ile geçen ağrı gerçek değildir.	-0,010	0,878
15. 11 Yaş altı çocuklarda, ağrı şiddeti tayini anne-baba tarafından yapılmalıdır.	0,294**	<b>0,000</b>
16. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, NSAİİ ve lokal anesteziklerdir.	0,397**	<b>0,000</b>

**Tablo 5. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=255) (devam)**

Madde	Bilgi Formu Toplam Puan	
	$r_p$	$r_p$
17. Hasta butona bastığında analjezi sağlayan sistem, hasta kontrollü analjezi sistemidir.	0,397**	<b>0,000</b>
18. Antidepresanlar, ağrı tedavisinde destekleyici farmakolojik ajanlardır.	0,181**	<b>0,000</b>
19. Sedatize edici ilaçlar, etkili ağrı kesicilerdir.	0,186**	<b>0,000</b>
20. İntravenöz olarak uygulanan morfin, en fazla 5 dakika etki gösterir.	0,365**	<b>0,000</b>
21. Oral morfin en fazla 1,5-2 saat etki gösterir.	0,262**	<b>0,000</b>
22. Non-farmakolojik olarak sıcak-soğuk uygulanması, sadece ağrılı bölgeye uygulanmalıdır.	0,127*	<b>0,042</b>
23. Ağrı tedavisi hastaya/kişiyeye özel planlanmalıdır.	0,402**	<b>0,000</b>
24. Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmelidir.	0,187**	<b>0,000</b>
25. Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır.	-0,125*	<b>0,047</b>
26. Ağrıyı geçirme girişiminden önce, hastanın ağrıya dayanması istenmelidir.	0,287**	<b>0,000</b>
27. Aspirin ve diğer NSAİİ, kanser ağrısı ve kronik ağrılar için etkili değildir.	0,129*	<b>0,040</b>
28. Non farmakolojik yöntemler orta şiddetli ağrıda etkilidir, şiddetli ağrıda etkili olmaz.	0,098	0,119
29. Uzun süreli opioid alan hastalarda, solunum depresyonu az da olsa ortaya çıkar.	0,505**	<b>0,000</b>
30. Ağrı tedavisinde, tek analjezik ajan kullanımı çoklu analjezik kullanımından daha etkilidir.	0,202**	<b>0,000</b>
31. Ağrı tedavisinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmalıdır.	0,467**	<b>0,000</b>
32. Çocuk-yaşlı ve ajite hastada ağrı yönetimi imkansızdır.	0,392**	<b>0,000</b>
33. Ağrı yönetiminin ilk basamağı, ağrı tedavisidir.	0,317**	<b>0,000</b>
34. Ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetiminin bir ögesi değildir.	0,414**	<b>0,000</b>
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,871</b>		

$r_p$ : Pearson Correlation

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

#### 6.4. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE AĞRI İLE İLGİLİ DENEYİM VE ÖZELLİKLERİNİN AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin önemli sosyo-demografik ve ağrı özelliklerine göre karşılaştırıldı. Öğrencilerinin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ile öğrencilerin yaşları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanları ile Öğrencilerin Yaşları Arasındaki İlişki (N=255)**

	Yaş	
	$r_p$	P
Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanı	-0,017	0,791

$r_p$ : Pearson Correlation

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf, medeni durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aileyle birlikte yaşama durumu ve kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre kız öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $18,14 \pm 4,473$ ), erkek öğrencilerin puanlarına ( $15,88 \pm 4,920$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin mezun oldukları lise türüne göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Buna göre Sağlık Meslek Lisesinden mezun öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $20,29 \pm 4,524$ ), Genel Lise ve Anadolu/Fen Lisesinden mezun olan öğrencilerin puanlarına (sırasıyla  $17,52 \pm 4,438$ ;  $16,93 \pm 4,560$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

**Tablo 7. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Karşılaştırılması (N=255)**

Sosyo-Demografik Özellikler		N	Form Puanları		t/ F p
			$\bar{x}$	$\pm ss$	
Cinsiyet	Kız	213	18,14	4,473	t=2,943**
	Erkek	42	15,88	4,920	<b>p=0,004</b>
Sınıf	2. sınıf	75	17,59	4,722	F=1,620 p=0,200
	3. sınıf	89	17,24	5,070	
	4. sınıf	91	18,44	3,989	
Mezun Olunan Lise	Genel Lise	130	17,52	4,438	F=8,149*** <b>p=0,000</b>
	Anadolu/Fen Lisesi	84	16,93	4,560	
	Sağlık Meslek Lisesi	41	20,29 <sup>(a,b)</sup>	4,524	
Medeni Durum	Evli	6	17,17	4,750	t=-0,323
	Bekar	249	17,78	4,622	p=0,747
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	89	18,30	4,524	F=1,793 p=0,149
	Ortaöğretim/Lise	132	17,50	4,524	
	Üniversite	32	17,78	4,864	
	Lisansüstü	2	11,50	9,192	
Baba Eğitim Durumu	Ortaöğretim/Lise	142	17,77	4,535	F=0,590 p=0,622
	Üniversite	52	17,44	4,917	
	Lisansüstü	5	15,80	6,221	
Aileyle Birlikte Yaşama	Evet	178	17,60	4,649	t=-0,910
	Hayır	77	18,17	4,546	p=0,364
Kronik Hastalık	Var	22	18,09	4,450	t=0,342
	Yok	233	17,74	4,640	p=0,733

t: t Testi F: One-way ANOVA Testi \* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ile öğrencilerin sağlık durumu değerlendirmesi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanları ile Öğrencilerin Sağlık Durumu Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (N=255)**

	Sağlık Durumu	
	$r_p$	P
Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanı	-0,066	0,293

$r_p$ : Pearson Correlation

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin ağrıyı tanımlama, bireysel ağrı deneyimi, aile fertlerinde ağrı deneyimi öyküsü, ağrılı bireylerle karşılaşma sıklığı ve mevcut ağrı yönetim bilgisi değerlendirilmesi değişkenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitiminde ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre lisans eğitiminde ağrı eğitimi alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $18,05 \pm 4,654$ ), lisans eğitiminde ağrı eğitimi almayan öğrencilerin puanlarına ( $16,63 \pm 4,322$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $19,18 \pm 5,375$ ), lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi almayan öğrencilerin puanlarına ( $17,51 \pm 4,432$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında aldıkları ağrı eğitimine göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre seminer, hizmet içi eğitim ve diğer tür bir eğitim alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları (sırasıyla  $19,57 \pm 4,117$ ;  $19,60 \pm 5,124$ ;  $21,57 \pm 4,541$ ), kursa giden öğrencilerin puanlarına ( $9,33 \pm 3,786$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

**Tablo 9. Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarının Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Özelliklerine Karşılaştırılması (N=255)**

Ağrı ile İlgili Özellikleri	N	Form Puanları		t/ F p
		$\bar{x}$	$\pm ss$	
Ağrıyı Tanımlama	Hastalık göstergesi	14		
		3	17,52	4,636
	Dayanılması gereken durum	28	17,89	4,341
	İş yapmaya engel durum	66	17,77	4,920
Bireysel Ağrı Deneyimi	Yardım çağrısı	17	19,94	3,132
	Evet	24		
	Hayır	7	17,74	4,654
Aile Fertlerinde Ağrı Deneyimi		8	18,75	3,327
	Evet	24		
Ağrılı Bireylerle Karşılaşma Sık.	Hayır	1	17,75	4,660
	Sık sık	17		
Lisans Eğitiminde Ağrı Eğitimi Alma	Nadiren	6	17,72	4,778
	Evet	20		
Lisans Eğ. Dışında Ağrı Eğitimi Alma	Hayır	79	17,89	4,261
	Evet	4	18,05	4,654
Lisans Eğitimi Dışında Ağrıyla İlgili Alınan Eğitim Türü	Hayır	51	16,63	4,322
	Kurs	3	9,33	3,786
Mevcut Ağrı Yönetim Bilgisi Değerlendirmesi	Seminer	7	19,57 <sup>(a)</sup>	4,117
	Hizmet içi Eğitim	20	19,60 <sup>(a)</sup>	5,124
	Diğer	7	21,57 <sup>(a)</sup>	4,541
	İleri düzey	15	19,47	5,902
Mevcut Ağrı Yönetim Bilgisi Değerlendirmesi	Orta düzey	20		
	Yetersiz	9	17,85	4,568
	Hiç bilğim yok	2	16,00	7,071

t: t Testi F: One-way ANOVA Testi \* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

## 7. TARTIŞMA

Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma ile elde edilen bulgular bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek dört bölümde tartışılmıştır.

1. Öğrenci Hemşirelerin Bireysel ve Sosyo-Demografik Özellikleri
2. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Deneyim Özellikleri
3. Ağrı Yönetimi Bilgi Formuna İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
4. Ağrı Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması
5. Öğrenci Hemşirelerin Önemli Sosyo-Demografik ve Ağrı İle İlgili Deneyim ve Özelliklerinin, Ağrı Yönetimi Bilgi Formu Puanlarına Göre Karşılaştırılması

### 7.1. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN BİREYSEL VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %83,5'i (n=213) kız, %16,5'i (n=42) erkektir. Öğrenci hemşirelerin yaşlarının 19 ile 32 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $21,32 \pm 1,803$  olduğu belirlendi.

Yorulmaz'ın (2012) çalışmasında, öğrenci hemşirelerin %92,7'sinin kadın (n:3679, %7,3'ünün (n:29) erkek olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin %83,5'i (n=213) kız, %16,5'i (n=42) erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkek öğrencilerin hemşireliği tercih etme durumlarının yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir. Yılmaz ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada öğrencilerin %77,2'si kız olarak bulunmuş, bizim çalışmamızda öğrencilerin %83,5'i nin kızlardan oluştuğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark.'nın çalışmasına göre kız öğrenci sayısında da artış olduğu bulunmuştur.

Dirimeşe ve ark.'nın (2016) çalışmasında, araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,4 yıl olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Atay (2014) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin yaş ortalamaları  $22,04 \pm 1,24$  olarak bulunmuştur. Özer ve ark.'nın (2006) çalışmasında, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında, öğrencilerin yarıdan fazlasının (%68,9) 21-23 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $21,32 \pm 1,803$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgunun, yukarıdaki üç çalışmayla benzer olduğu görülmüştür.

Dirimeşe ve ark.'nın (2016) çalışmasında öğrencilerin sınıflarına göre dağılımları %45,4'ü (n=143) ikinci sınıf, %25,7'si (n=81) üçüncü sınıf, %28,9'u (n=91) dördüncü sınıf olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu dağılım, %29,4'ünün (n=75) ikinci sınıfta, %34,9'unun (n=89) üçüncü sınıfta, %35,7'sinin (n=91) dördüncü sınıfta olduğu görüldü. Çalışmamızda, Dirimeşe ve arkadaşlarının çalışmasına göre farklı bulgulara ulaşılmıştır. Dirimeşe ve ark.'nın (2016) çalışmasında öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf arttıkça araştırmaya katılım oranları düşmüştür. Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf arttıkça araştırmaya katılma oranlarının da arttığı görülmüştür.

Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu'nun (2007) çalışmasında, öğrencilerin %31,2'sinin (n=62) 2.sınıfta, %27,1'inin (n=54) 3.sınıfta, %41,7'sinin (n=83) 4.sınıfta olduğu, %94'ünün (n=187) normal liseden mezun olduğu, %6'sının (n=12) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu görülmekteyken bizim çalışmamızda öğrenim gördükleri sınıf durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %29,4'ünün (n=75) ikinci sınıfta, %34,9'unun (n=89) üçüncü sınıfta, %35,7'sinin (n=91) dördüncü sınıfta olduğu, %51'inin (n=130) Genel Lise, %32,9'unun (n=84) Anadolu/Fen Lisesi, %16,1'inin (n=41) ise Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu görüldü. Bu karşılaştırmada, öğrencilerin sınıflara göre dağılımlarının paralellik gösterdiği ancak mezun olunan lise türüne göre dağılımlarında farklar göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızda sağlık meslek lisesi mezunlarının yıllar içerisinde artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Özer ve ark.'nın (2006) çalışmasında, öğrencilerin %53,7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu görülmüştür.

Yorulmaz'ın (2012) çalışmasında öğrencilerin mezun olunan lise türüne göre dağılımlarında, %1.8'inin (n=7) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %13,9'unun (n=55) Anadolu lisesi mezunu olduğu, %73,5'inin (n=291) düz lise mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karadağlı'nın (2016) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmasında, öğrencilerin mezun olduğu lise türüne göre dağılımında sağlık meslek lisesi mezunlarının %12,8 olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda öğrencilerinin mezun oldukları lise türüne göre dağılımları incelendiğinde, %51'inin (n=130) Genel Lise, %32,9'unun (n=84) Anadolu/Fen Lisesi, %16,1'inin (n=41) ise Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu görüldü. Bizim çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla karşılaştırıldığında, sağlık meslek lisesi mezunlarının hemşirelik lisans bölümlerini tercih etme durumları 2012'ye kadar ciddi bir düşüş gösterdiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda, sağlık meslek lisesi mezunlarının hemşirelik lisans bölümlerini tercih etmelerinde bir yükselişe geçildiği görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının lisans eğitimine hemşireliğe dair belli bilgi birikimiyle geldikleri düşünülürse bu artışın hemşirelik mesleği için olumlu bir gelişme olduğu söylenebilir.

Özer ve ark.'nın (2006) çalışmasında öğrencilerin %94,7'sinin bekar olduğu saptanmıştır. Yorulmaz'ın (2012) çalışmasında, öğrencilerin %99'u (n:392) bekar, %1'inin (n=4) evli olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda öğrencilerin %97,6'sının (249) bekar, %2,4'ünün (n=6) evli olduğu belirlendi. Öğrenci hemşirelerin medeni durumuna ait bulguların benzer olduğu görülmektedir.

Karadağlı'nın (2016), hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin anne eğitim durumları incelendiğinde; %9,5'inin okuryazar olmadığı, %38,4'ünün ilkokul mezunu olduğu, %27,0'ının ortaokul mezunu olduğu, %18,5'inin lise mezunu olduğu, %6,6'sının üniversite mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda, öğrenci hemşirelerin anne eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %34,9'unun (n=89) annesinin ilköğretim, %51,8'inin (n=132) ortaöğretim/lise, %12,5'inin (n=32) üniversite, %0,8'inin (n=2) ise lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu görüldü. Çalışmamız, Karadağlı'nın (2016) çalışmasıyla karşılaştırıldığında, öğrencilerin anne eğitim durumlarında, üniversite mezunu olan annelerin oranında artış olduğu belirlendi.

Karadağlı'nın (2016) alışmasında, öğrencilerin baba eğitim durumları incelendiğinde, %1,9'unun okuryazar olmadığı, %26,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %27,0'mın ortaokul mezunu olduğu, %29,4'ünün lise mezunu olduğu, %15,2'sinin üniversite mezunu olduğu sonucuna varılmıştır. Bizim alışmamızda, öğrencilerin baba eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %22'sinin (n=56) babasının ilköğretim, %55,7'sinin (n=142) ortaöğretim/lise, %20,4'ünün (n=52) üniversite, %2'sinin (n=5) ise lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu belirlendi. Çalışmamız, Karadağlı'nın (2016) alışmasıyla karşılaştırıldığında, üniversite mezunu olan babaların sayısında artış gözlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin hem anne eğitim durumlarının, hem baba eğitim durumlarının yükselişte olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmaya katılan ğrenci hemşirelerin anne mesleğine göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %25'inin (n=64) annesinin serbest meslek sahibi veya çalışan olduğu, %65,5'inin (n=167) ev hanımı, %7,1'inin (n=18) ise emekli olduğu saptandı.

Öğrenci hemşirelerin baba mesleğine göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %14,1'inin (n=36) babasının memur, %15,7'sinin (n=40) babasının işçi, %44,3'ünün (n=113) babasının serbest meslek sahibi, %25,1'inin (n=64) babasının ise emekli olduğu görüldü.

Yorulmaz'ın (2012) alışmasında, öğrencilerin %58,6'sının (n=232) ailesiyle yaşadığı tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda ğrenci hemşirelerin %69,8'inin (n=178) ailesiyle birlikte yaşadığı saptandı.

Yorulmaz'ın (2012) alışmasında, öğrencilerin %6,6'sının (n=26) sağlık problemi olduğu tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda ğrenci hemşirelerin %8,6'sının (n=22) bir kronik hastalığı olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan ğrenci hemşirelerin bireysel sağlık durumu değerlendirmesinin 1 ile 10 arasında değerliştiği, sağlık durumu ortalama değerlendirme puanının ise  $6,84 \pm 2,023$  olduğu belirlendi.

## 7.2. ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE DENEYİM ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin ağrıyı tanımlama, bireysel ağrı deneyimi, aile fertlerinde ağrı deneyimi, ağrı deneyimlerken gösterilen tutum, ağrılı bireylerle karşılaşma sıklığı, ağrılı bireylerle karşılaşıldığında önerilen ağrı yönetimi, lisans eğitiminde ağrıyla ilgili eğitim alma, lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili eğitim alma, lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili alınan eğitim türü ve mevcut ağrı yönetim bilgisi değerlendirmesi değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 2’de verildi.

Yılmaz ve Atay’ın (2014) çalışmasında, öğrencilerin %48,6’i ağrıyı bireyi rahatsız eden bir durum, %27’si yaşam kalitesini düşüren durum, %24,4’ü iş yapmaya engel olan bir durum olarak tanımlamışlardır. Bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelerin ağrı nedir sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde %56,1’inin (n=143) ağrıyı bir hastalık göstergesi olarak, %11’inin (n=28) dayanılması gereken bir durum olarak, %25,9’unun (n=66) iş yapmaya engel bir durum olarak, %6,7’sinin (n=17) ise yardım çağrısı olarak tanımladığı görüldü. Bizim çalışmamız, ağrıyı iş yapmaya engel durum olarak değerlendirenlerin oranı açısından Yılmaz ve Atay’ın (2014) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Özer ve ark.’nın (2006) çalışmasında öğrencilerin %94,3’ünün yaşamlarında en az bir kez ağrı deneyimi yaşadıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %96,9’unun (n=247) bireysel ağrı deneyimi olduğu saptandı. Öğrencilerin ağrı deneyimleme durumları Özer ve ark.’nın çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Yılmaz ve Atay’ın (2014) çalışmasında öğrencilerin %95,9’unun bireysel olarak ağrı deneyimi yaşadığı, bizim çalışmamızda öğrencilerin %96,9’unun bireysel ağrı deneyimi olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları, Yılmaz ve Atay’ın (2014) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Yılmaz ve Atay’ın (2014) çalışmasında öğrencilerin %55,4’ü birinci derece yakınında ağrı deneyimi yaşadığını belirtmiş, bizim çalışmamızda öğrencilerin aile fertlerinde ağrı deneyimi yaşama oranı %94,5 (n=241) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda öğrencilerin aile fertlerinde ağrı deneyimi yaşayanların oranı, Yılmaz ve Atay’ın çalışmasına göre yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin ağrıyla deneyimlerken gösterdikleri tutuma göre dağılımları incelendiğinde, %45,5'inin (n=116) konsantre olamama, %32,9'unun (n=84) tüm uğraşları bırakma, %61,2'sinin (n=156) gergin olma, %15,3'ünün (n=39) ağlama, %10,2'sinin (n=26) ise yalnız kalmak isteme tutumu gösterdiği belirlendi.

Yılmaz ve ark.'nın (2010) çalışmasında, öğrencilerin çoğunluğunun sık ağrı yaşamadığı, %73,2'sinin ağrı yaşadığında konsantrasyonunun bozulduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda, ağrı deneyimlediğinde konsantrasyon bozukluğu yaşayanların oranı %45,5 olarak tespit edilmiş ve Yılmaz ve ark.'nın çalışmasına göre düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda öğrencilerin ağrı deneyimlerinde gösterdikleri tutum %61,2 oranı ile gergin olma olarak tespit edilmiştir. Yılmaz ve Atay'ın çalışmasında, öğrencilerin ağrı olgusuna hastalık belirtisi olarak baktığı ve ağrı yaşayan bir bireye daha çok ilaç dışı yöntemleri önerdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da öğrenci hemşirelerin ağrı tanımlaması %56,1 oranı ile hastalık göstergesi olarak bulunmuştur. Çalışmamızın bulgusu Yılmaz ve Atay'ın çalışmasındaki bulguyla paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda öğrencilerin ağrılı bireylerle karşılaştığında önerdikleri ağrı yönetimine göre %65,5'inin (n=167) bir sağlık kuruluşuna başvurmayı önerdiği saptandı, ilaç dışı yöntemleri önerenler ise %26,7 olarak bulunmuştur, Yılmaz ve Atay'ın çalışmasından farklı bir bulguya ulaşılmıştır.

Yılmaz ve ark.'nın (2010) sağlık alanında eğitim alan öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin ağrı olgusuna bakışları, tutumları ve önerileri değerlendirildiğinde %44,3'ünün ağrı yaşayan bireye ilaç dışı yöntemler önerdiği ve %57,3'ünün ağrı olgusuna hastalık belirtisi olarak baktıkları görüldü. Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin %61,2'sinin ağrı deneyimlerken gösterdiği tutumun gergin olma olduğu, öğrencilerin %65,5'inin ağrılı bireye önerisinin sağlık kuruluşuna başvurma olduğu ve öğrencilerin %56,1'inin ağrı tanımlamasına verdikleri yanıtın hastalık göstergesi olduğu bulundu. Çalışmamızda, öğrencilerin ağrı tanımlaması, Yılmaz ve ark.'nın çalışmasındaki ağrı olgusu bulgularıyla örtüştüğü tespit edilmiştir. Öğrenci hemşirelerin ağrı olgusuna bakışı paralellik göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin ağrı deneyimlerken gösterdikleri tutumlar arasında konsantre olamama tutumu da cevap olarak sunulmuş ve Yılmaz ve ark.'nın çalışmasındaki sonuçla bire bir örtüşen bir bulguya ulaşılmıştır.

Yılmaz ve ark.nın (2010) çalışmasında öğrencilerin ağrı yaşadıklarında %44,3'ünün konsantrasyonlarının bozulduğu tespit edilmişken bizim çalışmamızda bu bulgu %45,5 olarak verilmiştir, çalışmamızın bulgusu Yılmaz ve ark.nın çalışmasıyla örtüşmektedir. Yorulmaz'ın (2012) çalışmasında, öğrencilerin %41,4'ünün (n=164) ağrı durumunda sinirlilik yaşadığını ifade ederken bizim çalışmamızda öğrencilerin ağrı deneyimlerken gösterdikleri tutum %61,2 (n=156) ile gergin olma olarak bulunmuştur. Bu bulgu da Yılmaz ve ark.'nın çalışmasıyla ve bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Yılmaz ve ark.'nın (2010) çalışmasına göre, öğrencilerin ağrı bilgisi, değerlendirmesi ve kontrolüne ilişkin bilgileri yetersizdir. Bu nedenle, ağrı kavramına yönelik müfredat programının irdelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yorulmaz'ın (2012) çalışmasında, öğrencilerin %50,5'inin (n=200) ağırlı bir birey ile sık sık karşılaştığı, %74,5'inin (n=295) ise okulda ağrı ile ilgili bir ders aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin %9,8'inin (n=39) okul dışında ağrı ile ilgili bir eğitim aldığı ve %10,3'ünün (n=4) kurs, %30,8'inin (n=12) seminer, %41'inin (n=16) hizmet içi eğitim yoluyla ağrı eğitimi aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%72,7 n=288) ağrı konusundaki bilgi seviyelerinin orta seviyede, %20,7' si (n=82) yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda, öğrencilerin %69'unun (n=176) sık sık karşılaştığı tespit edildi. öğrenci hemşirelerin %80'inin (n=204) lisans eğitiminde ağrıyla ilgili eğitim aldıkları, %15,3'ünün (n=39) ise lisans eğitimi dışında da ağrıyla ilgili bir eğitim aldığı belirlendi. Öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili aldıkları eğitim türüne göre dağılımları incelendiğinde, %1,2'sinin (n=3) kursa gittiği, %2,7'sinin (n=7) seminer, %7,8'inin (n=20) hizmet içi eğitim aldığı, %2,7'sinin (n=7) ise diğer bir eğitim aldığı görüldü. Öğrenci hemşirelerin %5,9'unun (n=15) mevcut ağrı yönetim bilgisi düzeyini ileri düzey, %82'sinin (n=209) orta düzey, %11,4'ünün (n=29) yetersiz olarak değerlendirdiği, %0,8'inin (n=2) ise ağrı yönetimi konusunda hiç bilgisi olmadığı belirlendi.

### **7.3. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

Ağrı Yönetimi Bilgi Formu için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ise güvenilirlik katsayısının 0,871 olduğu belirlendi. Buna göre ölçeğin istatistiksel açıdan yüksek anlamlılık düzeyine sahip olduğu görüldü. Araştırmada Ağrı Yönetimi Bilgi Formu madde toplam puan korelasyonu katsayısı tüm maddeler için -0,125 - 0,513 arasında bulundu (Tablo 5).

Yılmaz ve Atay'ın (2014) çalışmasında, öğrencilerin hastadaki ağrı şikayetini dikkate aldıkları, ağrılı hastada sırasıyla nonfarmakolojik yöntemler ve farmakolojik yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Ancak nonfarmakolojik yöntem kullanmadan farmakolojik yöntemleri kullanmayı tercih eden öğrencilerin oranının da az olmadığı saptanmıştır. Yılmaz ve Atay'ın çalışmasında, öğrencilerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin önemine ilişkin farkındalıklarının artırılması önerilmiştir. Bizim çalışmamızda, öğrenci hemşirelerin %19,2'sinin nonfarmakolojik yöntemlerin orta şiddetli ağrıda etkili olduğunu, şiddetli ağrıda etkili olmadığını ifade ettiği, öğrencilerin %47,8'inin ise farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmasını uygun gördüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda, Yılmaz ve Atay'ın çalışmasıyla paralel bulgulara ulaşılmıştır, öğrencilerin nonfarmakolojik yöntemler konusunda yetersiz oldukları sonucu desteklenmektedir.

Özveren ve ark. (2009) tarafından öğrenci hemşirelere yapılan çalışmada, ağrı deneyimi yaşadığını ifade eden öğrencilerin %62,6'sı ağrılarını gidermede farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri birlikte kullandıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmamalıdır diyen öğrenci hemşirelerin oranı %52,2 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları birbirine yakın sonuçlar olmakla birlikte farklı bulunmuştur. Özveren ve ark. (2009) tarafından öğrencilerle yapılan çalışmada öğrencilerin %92,6'si farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri birlikte kullandıklarını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda öğrencilerin %52,2'si farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmamalıdır dediği belirlenmiştir. Bulgumuz Özveren ve ark.'nın çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir.

Eti Aslan ve Badır'ın (2005) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin % 82,8'inin (n=188) ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilir bir patolojiye gereksinim olduğuna inandığı, % 58,6'sının (n=133) ağrı toleransını azaltan faktörleri bildiği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda, altta patolojik bir neden olmayan ağrı gerçek ağrı değildir diyen öğrenci hemşireler %59,6 (n=152) oranında, uykusuzluk anksiyete ve depresyon ağrı eşliğini düşürür diyen öğrenci hemşirelerin oranı ise %66,3 (n=169) oranında bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları, Eti Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasındaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Akdemir ve ark.'nın (2008), hemşirelerle yaptığı çalışmada, ölçek kullandığını belirten hemşirelerin %36,9'u kullandıkları skalanın ismini belirtmiş, bunun görsel analog skala (VAS) olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamız öğrenci hemşirelerle yapılmış olup öğrencilere yöneltilen, ağrı değerlendirmesinde bütün hastalarda kullanılması kolay olan VAS kullanılmalıdır sorusuna öğrencilerin %26,3'ü doğru cevap vermişlerdir.

Ay ve Ecevit Alpar'ın (2010) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %56,60'mın hasta kontrollü analjezi uygulamadığı, Sayın ve Öztekin'in (2015) çalışmasında hemşirelerin %67,44'ünün hasta kontrollü analjezi cihazını kullanmayı bilmediği ve uygulamadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelere Ağrı Yönetimi Bilgi Formu'nda yöneltilen hasta butona bastığında analjezi sağlayan sistem hasta kontrollü analjezi sistemidir ifadesine doğru diyenlerin oranı %69,7 olarak bulunmuştur.

Sayın ve Öztekin'in (2015) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %95,35'i ağrı tanılama sürecinde yaşam bulgularını izlemeyi bildiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelerin ağrı şiddeti tayininde yaşam bulguları değişiklikleri yeterlidir sorusunu %65,9 oranında doğru cevaplamışlardır.

Erden ve ark. (2015) tarafından hemşirelerle yapılan çalışmada, “ağrı hastalığı tanılama ve tedavi etmede bir ipucudur, yaşamsal bir bulgu olmalıdır” diyenlerin oranı %80,7 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda “ağrı hastalığı tanılamada önemli bir ipucudur” diyen öğrenci hemşirelerin oranı %85,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu, Erden ve ark.'nın (2015) çalışmasındaki bulguyla paralellik göstermektedir.

Erden ve ark.'nın (2015) çalışmasında, “antidepresanlar ve antikoagülanlar ağrı tedavisi için yardımcı ilaçlardır” diyen hemşirelerin oranı %44,6 olarak bulunmuşken bizim çalışmamızda antidepresanlar ağrı tedavisinde destekleyici farmakolojik ajanlardır diyen öğrenci hemşirelerin oranı %52,9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgu, Erden ve ark.'nın (2015) çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

Erden ve ark.'nın (2015) çalışmasında “ağrı şiddeti hasta tarafından değil doktor tarafından değerlendirilmelidir” diyen hemşirelerin oranı %70,2 olarak bulunmuş, bizim çalışmamızda ağrı şiddeti hastanın ifadesiyle değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir diyen öğrenci hemşirelerin oranı %36,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu Erden ve ark.'nın çalışmasıyla benzerlik göstermediği bulunmuştur. Çalışmamızdaki öğrenci hemşirelerin, hastanın ağrı şiddetini sağlık personelinin değerlendirmesini doğru bulmadığı görülmektedir.

Demir Dikmen ve ark.'nın (2012) çalışmasında, hemşirelerin %74,6'sı ağrı şiddetinin hasta tarafından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Eti Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasında da, hemşirelerin %79,7'si hastanın ağrı ifadesine inandıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda, ağrı şiddetinin hasta tarafından değerlendirilmesi gerektiğini belirten öğrenciler, çalışmaya katılan öğrencilerin %63,9'unu oluşturmaktadır. Çalışmamızın bulgusu bu iki çalışmaya yakın bulunmuş olup öğrenci hemşirelerin ağrı şiddetini belirlemede hastanın ifadesini önemseydiği görülmüştür.

Demir Dikmen ve ark.'nın (2012), hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %22,2'si hastanın orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabileceğini belirtirken bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelerin %52,9'u hastanın ağrısına rağmen uyuyabileceğini belirtmiştir. Çalışmamızın bulgusu Demir Dikmen ve ark.'nın çalışmasından yüksek bulunmuştur.

Demir Dikmen ve ark.'nın (2012) çalışmasında “bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir” sorusu hemşirelerin %54'ü tarafından doğru olarak yanıtlanmıştır. Bizim çalışmamızda ağrıyı geçirme girişiminden önce hastanın ağrıya dayanması istenmelidir sorusu öğrenci hemşirelerin %48,2'si doğru yanıt vermiştir.

Çalışmamızın bulgusu, Demir Dikmen ve ark.'nın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Demir Dikmen ve ark.'nın çalışmasında, plasebo ile ilgili sorunun %20,6 oranında doğru cevaplandığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda plasebo ile geçen ağrı gerçek değildir sorusuna öğrenci hemşirelerin % 27,1'i doğru cevap vermiştir. Çalışmamızın bulgusu, Demir Dikmen ve ark.'nın çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

#### **7.4. AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'de verildi. Buna göre hemşirelik öğrencilerinin en çok doğru yanıt verdikleri sorunun "*Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır*" (n=220) sorusu, en çok hatalı yanıt verdikleri sorunun ise "*Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır*" (n=38) sorusu olduğu görüldü (Tablo 3).

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanlarının 5 ile 29 arasında değiştiği, bilgi formu puan ortalamasının  $17,77 \pm 4,617$  olduğu tespit edildi. Ağrı yönetimi bilgi formundan alınabilecek en yüksek puan 34 iken öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi başarısının %50 civarında olduğu söylenebilir.

Demir Dikmen ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, hemşirelerin ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğu ( $10,76 \pm 1,98$ ) ve çoğunluğunun ağrı tanınması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiş, hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğu, ağrı tanınması ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puan ortalaması  $17,77 \pm 4,617$  olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda Ağrı Yönetimi Bilgi Formundan alınabilecek en yüksek puan 34 iken öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi puan ortalamasının orta seviyede olduğu söylenebilir. Bu bağlamda çalışmamızın bulgusu, Demir Dikmen ve ark.'nın (2012) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

## **7.5. ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin önemli sosyo-demografik ve ağrı ile ilgili özelliklerine göre karşılaştırıldı. Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ile öğrencilerin yaşları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Özer ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da hemşirelerin yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre ağrı bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Dirimeşe ve ark.'nın (2016) çalışmasında öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre ağrı yönetimine yönelik bilgi ( $F=0,445$ ;  $p=0,721$ ) puanları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrenim gördükleri sınıf, medeni durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aileyle birlikte yaşama durumu ve kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Çalışmamız, Dirimeşe ve ark.'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre kız öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $18,14 \pm 4,473$ ), erkek öğrencilerin puanlarına ( $15,88 \pm 4,920$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

Günümüzde erkek hemşireler artmaktadır. Çalışmamızda kız öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanlarının anlamlı olarak yüksek bulunmuş olması, erkek öğrencilerin ağrıya dair farkındalıklarının arttırılması gerektiğini düşündürebilir.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin mezun oldukları lise türüne göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre Sağlık Meslek Lisesinden mezun öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $20,29 \pm 4,524$ ), Genel Lise ve Anadolu/Fen Lisesinden mezun olan öğrencilerin puanlarına (sırasıyla  $17,52 \pm 4,438$ ;  $16,93 \pm 4,560$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ile öğrencilerin sağlık durumu değerlendirmesi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Briggs'in (2010), hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmasında, bireysel ağrı deneyiminin ağrı yönetimi bilgisi ile ilişkisi olmadığı görülmüştür. Özveren ve Uçar'ın (2009) çalışmasında bireysel ağrı deneyimi olan öğrencilerin, ağrı giderme yöntemlerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin ağrıyı tanımlama, bireysel ağrı deneyimi, aile fertlerinde ağrı deneyimi öyküsü, ağrılı bireylerle karşılaşma sıklığı ve mevcut ağrı yönetim bilgisi değerlendirmesi değişkenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 9). Çalışmamız Briggs'in (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu'nun (2007) öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin yenidoğanda ağrıyı gidermek için yaptıkları uygulamaların, mezun oldukları lise ve öğrenim gördükleri sınıf açısından istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitiminde ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre lisans eğitiminde ağrı eğitimi alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $18,05 \pm 4,654$ ), lisans eğitiminde ağrı eğitimi almayan öğrencilerin puanlarına ( $16,63 \pm 4,322$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları ( $19,18 \pm 5,375$ ), lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi almayan öğrencilerin puanlarına ( $17,51 \pm 4,432$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında aldıkları ağrı eğitimine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre seminer, hizmet içi eğitim ve diğer tür bir eğitim alan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları (sırasıyla  $19,57 \pm 4,117$ ;  $19,60 \pm 5,124$ ;  $21,57 \pm 4,541$ ), kursa giden öğrencilerin puanlarına ( $9,33 \pm 3,786$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Akbaş ve Öztunç'un (2008) çalışmasında, hemşirelerin %70,7'sinin okulda ağrı ile ilgili bir eğitim aldığı, %11,6'sının okul dışında bir eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bacaksız ve ark.'nın (2008) çalışmasında sağlık çalışanlarının %43,7'sinin ağrının giderilmesine yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir (Bacaksız ve ark., 2008). Yaralı Arslan ve Kurşun'un (2009) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %69,1'inin ağrıya yönelik eğitim almadığı, %30,9'nun ise eğitim aldığı, eğitim alanların büyük çoğunluğunun okulda, azının ise hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve hemşirelik lisans eğitiminde ağrı yönetimi eğitimine ilişkin önerilerde bulunmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve 255 öğrenci hemşireyle yapıldı. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Öğrenci Bilgi Formu ve Ağrı Yönetimi Bilgi Formu kullanıldı.

- Öğrenci hemşirelerin yaşlarının 19 ile 32 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $21,32 \pm 1,803$  olduğu belirlendi.
- Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin çoğunluğu kız öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin %83,5'i (n=213) kız, %16,5'i (n=42) erkektir.
- Öğrencilerin çoğunluğu bekar. Öğrencilerin %97,6'sı (n=249) bekar, %2,4'ü (n=6) evlidir.
- Öğrencilerin %29,4'ü (n=75) 2.sınıfta, %34,9'u (n=89) 3. sınıfta, %35,7'si (n=91) ise 4. sınıfta öğrenim görmektedir.
- Araştırmaya katılan öğrencilerinin mezun oldukları lise türüne göre dağılımları incelendiğinde, %51'inin (n=130) Genel Lise, %32,9'unun (n=84) Anadolu/Fen Lisesi, %16,1'inin (n=41) ise Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu görüldü.
- Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %69,8'inin (n=178) ailesiyle birlikte yaşadığı saptandı.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun, %91,4'ünün (n=233) kronik hastalığı yoktur.
- Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin bireysel sağlık durumu değerlendirmesinin 1 ile 10 arasında değiştiği, sağlık durumu ortalama değerlendirme puanının ise  $6,84 \pm 2,023$  olduğu belirlendi.
- Öğrencilerin %56,1'i ağrıyı hastalık göstergesi olarak görmektedir.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun, %96,9'unun (n=247) bireysel ağrı deneyimi olduğu bulundu.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun, %94,5'inin (n=241) aile fertlerinde bir ağrı deneyimi olduğu bulundu.

- Öğrencilerin ağrıyı deneyimlerken gösterdikleri tutum %61,2 (n=156) oranıyla gergin olma olarak bulundu.
- Öğrenci hemşirelerin %69'unun (n=176) ağrılı bireyle sık sık karşılaşmaktadır.
- Öğrenci hemşirelerin %80'inin (n=204) lisans eğitiminde ağrıyla ilgili eğitim almıştır.
- Öğrenci hemşirelerin %15,3'ünün (n=39) lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili bir eğitim almıştır.
- Öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağrıyla ilgili aldıkları eğitim türünün %7,8 (n=20) oranında hizmet içi eğitim aldığı görüldü.
- Öğrenci hemşirelerin mevcut ağrı yönetimi bilgisinin %82 (n=209) oranıyla orta düzeydir.
- Öğrenci hemşirelerin en çok doğru yanıt verdikleri soru “*Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır*” (n=220) sorusudur.
- Öğrenci hemşirelerin en çok hatalı yanıt verdikleri soru “*Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır*” (n=38) sorusudur.
- Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin, Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanlarının 5 ile 29 arasında değiştiği, bilgi formu puan ortalamasının  $17,77 \pm 4,617$  olduğu tespit edildi. Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi bilgilerinin orta düzeyde olduğu sonucuna varılabilir.
- Kız öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, erkek öğrencilerin puanlarına göre aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Kız öğrencilerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri erkek öğrencilerden yüksek bulunmuştur.
- Sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, sağlık meslek lisesinden mezun olmayanlara göre yüksek derecede anlamlı bulunmuştur.
- Öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitiminde ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

- Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında ağrı eğitimi alma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
- Öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi Formu puanları, öğrencilerin lisans eğitimi dışında aldıkları ağrı eğitim göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
- Nonfarmakolojik yöntemlere dair sorularda öğrencilerin doğru cevap verme oranı oldukça düşük bulundu.
- Farmakolojik yöntemlere dair sorulara doğru cevap verme oranı oldukça düşük bulundu.
- Plasebo ile ilgili soruya doğru cevap verme oranı oldukça düşük bulundu.
- Narkotik analjeziklere dair sorulara doğru cevap verme oranı oldukça düşük bulundu.
- Ağrıyı tanımlama ve değerlendirmeye dair sorulara doğru cevap verme oranı orta düzeyde bulundu.

#### Öğrenci hemşirelerin çoğunluğu:

- Ağrının mutlaka travma ve doku zedelenmesi sonucu oluşmadığını ifade etmiştir.
- Ağrıyı, hastalığı tanılamada önemli bir ipucu olarak görmüştür.
- Akut ağrıyı travma, yanık ve hastalık sonucu olarak görmüştür.
- Tedavi edilmeyen akut ağrının kronik ağrıya dönüşeceğini ifade etmiştir.
- VAS' her hastada kullanılmalıdır demiştir.

#### Öğrenci hemşirelerin yarısından fazlası:

- Uykusuzluk, anksiyete ve depresyonun ağrı eşiğini düşürdüğünü,
- Hasta rahat görünüyorsa bile ağrısı olabileceğini,
- Ağrı şiddeti tayininde yaşam bulguları değişikliklerini yeterli görmediklerini,
- Ağrının gerçekliği için altta patolojik bir neden olmasını şart olarak görmediğini belirtmiştir.

Öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışma sonucunda şunlar önerilebilir:

1. Öğrenciler, lisans eğitimi dışında, ağrı konusundaki seminer kurs gibi eğitimlere özendirilmeli.
2. Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler artırılıp bu eğitimlerin etkinlikleri değerlendirilmeli.
3. Gerek lisans eğitiminde, gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerde hemşirelerin farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı yönetimi yöntemlerini uygulayabilir hale gelebilmeleri için eğitim programları gözden geçirilmeli.
4. Hastanelerde, hem hastalar için hem de hemşireler için ağrı yönetimi kılavuzları hazırlanıp bunların uygulanması sağlanmalı.
5. Öğrenci hemşirelerin, narkotik analjezikler hakkında bilgi düzeylerinin artırılması için müfredatta narkotik analjeziklere gerektiği kadar yer verilmelidir.

## 9. KAYNAKLAR

Akbaş M, Öztunç G. Examination of knowledge about and nursing interventions for the care of patients in pain of nurses who work at Çukurova University Medical Faculty Balcali Hospital. Pain Management Nursing. 2008; 9(3): 88-95.

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

Alivermez İ, Bozkurt B, Kalaycı M, Kaplan F, Onay D, Şişik E, Uluğ M, Yalçın E. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı değerlendirmesi ve yönetimini geliştirmeye yönelik eğitim programının etkinliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü. 2010.

Arıkan F, Gözüm S. Ağrı yönetiminde integratif/bütünleştirici uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Surg. Nurs-Special Topics 2015; 1(3): 47-58.

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

Aydın O. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002; 3(2) : 37-48.

Aygin D, Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. Sakarya Medical Journal. 2012; 2(2): 61-70.

Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004.

Bacaksız B, Çöçelli L, Ovayolu N, Özgür S. Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Ağrı. 2008; 20(3); 26-36.

Barr J, Fraser G, Puntillo K, Ely E W, Gélinas C. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patient the Intensive Care Unit, Journal of Critical Care Medicine, 2013.

Briggs LC. What Were They Thinking? Nursing students' thought processes underlying pain management decisions. Nursing Education Perspectives 2010; 31 (2): 84-88.

Birol L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2007.

Büyükyılmaz, F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 2.

Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A fundamental human right, international anesthesia research society. 2007; 105(1): 205-221.

Carr E. Barriers to effective pain management, perioperative pain management. 2008; 45-63.

Ching KY. Medical nurses' knowledge, attitudes and barriers in pain management. The University of Hong Kong, 2007.

Cırık V, Efe E. Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve hemşirenin rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014; 18(1): 15-21.

Chuk P. Determining the accuracy of pain assessment of senior student nurses: a clinical vignette approach. Nurse Education Today. 2002; 22:393-400.

Coşgun NE. Kardiyovasküler operasyon geçiren hastaların erken postoperatif dönemde ağrı ile baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. 2015.

Cox F, Cannons K, Lewis S. RCN Pain Knowledge and Skills Framework for the Nursing Team, Royal College of Nursing, 2015.

Çelik S. Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2016; 20(1):1-8.

Demir Dikmen Y, Usta Y, İnce Y, Gel K, Kaya M. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi. 2012, 2(3):162-172.

Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme ve yönetim. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(2): 41-48.

Dirimeşe E, Kardaş Özdemir F, Akgün Şahin Z. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri, kültürel farkındalıkları ve yeterlilikleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(3): 1-6.

Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.

Ene KW, Bergh I, Johansson FG, Nordberg G, Sjöström B. Postoperative pain management the influence of surgical ward nurses. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17: 2042-2050.

Erden S. Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. Van Tıp Dergisi. 2015; 22(4): 332-336.

Erden S, Akçalı D, Bulut H, Babacan A. Cerrahi hemşirelerinin ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması: pilot bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015, 4(1).

Eti Aslan F, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı Dergisi. 2005; 17(2): 43-51.

Eti Aslan F. Akut ağrı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2005; 2(1): 24-31.

Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 6(1): 9-16.

Eti Aslan F, Karacabay K, Demir Korkmaz F. Göğüs kalp damar cerrahisinde ağrı. Türkiye Klinikleri J Surg. Nurs. Special Topics 2015;1(3): 9-15.

Guidelines for Developing a Pain Management Program, Health Care Facilities 5th Edition, 2009.

Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı Dergisi. 2006; 18(4) : 5-9.

Gündoğan O, Akın Korhan E, Bor C. Erişkin yoğun bakım hastasında ağrı değerlendirmesi: critical-care pain observation tool ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik araştırması. J TürkSoc. Intens. Care. 2016;14:93-98.

Günvar T. Birinci basamakta kronik ağrı yönetiminin temel ilkeleri. Turkish Journal Of Family Medicine Primary Care. 2009; 3(3): 14-17.

Göl İ, Onarıcı M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015: 20-29.

Helen E. Edwards Robyn E. Nash Patsy M. Yates Anne M. Walsh Belinda J. Fentiman Jan K. Mc Dowell Helen M. Skerman Jake M. Najman. Improving pain management by nurses: a pilot peer intervention program. *Nursing and Health Sciences*. 2001; 3(1): 35-45.

Hughes G(Ed). *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses: Vol. 1*. 2008; chapter 17.

Hyllested M, Jones S, Pedersen JL, Kehlet H. Comparative effect of paracetamol, NSAID sortheir combination in postoperative pain management: a qualitative review, *British Journal of Anaesthesia*. 2002; 88 (2): 199-214.

Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye’de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(1): 17-30.

Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2016;9(2): 81-91.

Karaman H, Kavak Ö. Ağrı kliniğimizin bir yıllık olgu analizi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2010;3(1):17-22.

Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012; 7(21) : 35-51.

Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*. 2011;23(2):64-70.

Kuru T, Yeldan İ, Zengin A, Kostanoğlu A, Tekeoğlu A, Analay Akbaba Y, Tarakçı D. Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı. *Ağrı*. 2011; 23(1): 22-27.

*New Zealand Pain Management Nursing Knowledge and Skills Framework*, New Zealand Pain Society, 2013.

Oliver J, Coggins C, Compton P, Hagan S, Matteliano D, Stanton M, St. Marie B, Strobbe S, Turner H. American society for pain management nursing position statement pain management in patients with substance use disorders. Journal of Addictions Nursing. 2012; 23(3): 210-222.

On Yağız A. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics 2011; 4(3): 6-14.

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

Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 83-92.

Özveren H, Uçar H. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 59-72.

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

Pirbudak Çoçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008; 14: 53-58.

Saka Ö. Ağrıyı ölçme ve değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(2):15-20.

Sayın S, Öztekin S. İstanbul ili üniversite ve devlet hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde çalışan servis hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Surg. Nurs. Special Topics. 2015; 1(3): 23-29.

Talay alış H, alış M. Kronik ağrı sendromları. Türkiye Klinikleri J PM& R-Special Topics 2011;4(3): 50-54.

The Nurse's Role in Pain Management, Oregon State Board of Nursing: Interpretive Statement, 2015.

Tuncer S. Geriatrik hastada ağrı tedavisi. Türkiye Klinikleri J Anest. Reanim. Special Topics 2011;4(1):68-80.

nde Ayvat P, Aydın O, Oğurlu M. Algoloji polikliniğine başvuran bel ağrılı hastaların risk faktörleri. Ağrı. 2012; 24(4): 165-170

Vallerand AH, Musto S, Polomano RC. Nursing's Role in Cancer Pain Management, Current Pain and Headache Reports, 2011, 15:250–262.

Yalın H. Türkiye'de Lisansüstü hemşirelik araştırmalarında ağrı kontrolü: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri J Surg. Nurs-Special Topics 2015; 1(3): 35-46.

Yaralı Arslan S, Kurşun ř. Dahili ve cerrahi kliniklerinde sağlık çalışanlarının erişkin hastalarda ağrı tanılması ve ağrıya ilişkin uygulamalarının belirlenmesi. İ..F.N.Hemşirelik Dergisi. 2009; 17(1): 32-40.

Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik ğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 32-41.

Yılmaz M, zm , Grlr H, ifi E. Sağlık alanında eğitim alan niversite ğrencilerinin ağrı kavramına ilişkin bilgileri. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010; 2: 17-27.

Yorulmaz G. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ağrı İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. 2012.

Wells N, Pasero C, Mc Caffery M. Chapter 17. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management, Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses. 2008.



## EK 2: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

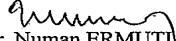
Sayı : 44140529 / 2016-99  
Konu : Tez çalışması

29.11.2016

Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA  
İç Hastalıkları Hemşireliği

Aşağıda belirtilen çalışmanız 29.11.2016 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Numan ERMUTLU  
Başkan


**Çalışmanın Adı:** "Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması.  
**Sorumlu Araştırmacı:** Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü  
**Diğer Araştırmacılar:** Naile DALKILIÇ, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi  
**Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi:** Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü  
**Merkez sayısı:** Tek merkez




T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu  
Karar No : 29.11.2016/55-31

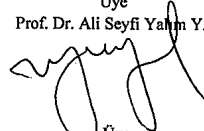
**Çalışmanın Adı:** "Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması.  
**Sorumlu Araştırmacı:** Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

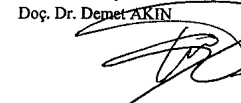
Başkan   
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

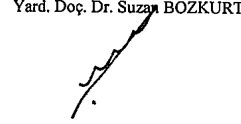
Başkan Yardımcısı  
Doç. Dr. Berrin TELATAR

  
Üye  
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA


  
Üye  
Prof. Dr. Ali Seyfi YAHİN YALÇIN

  
Üye  
Doç. Dr. Demet AKIN


  
Üye  
Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

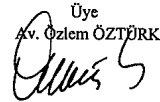
  
Üye  
Ecz. Pınar DEMİR ÖZKER

Raportör  
Yard. Doç. Dr. Ersan EROĞLU

  
Üye  
Prof. Dr. Tufan FAKER

  
Üye  
Prof. Dr. Işın BAKAL KULAKSIZOĞLU

  
Üye  
Doç. Dr. Semiha AKIN

  
Üye  
Av. Özlem ÖZTÜRK

  
Üye  
Çiğdem KILIÇ

## EK 3:

### ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Bu form, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacak olan yüksek lisans tezi için veri toplama aracı olarak hazırlanmıştır. Bu formla edinilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup en doğru şekilde cevaplayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Hemşire Naile Dalkılıç

### BÖLÜM 1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
3. Sınıfınız:  2. sınıf  3. sınıf  4. sınıf
4. Mezun olduğunuz lise:  Genel Lise  Anadolu/Fen  Sağlık Meslek  Yabancı Dil  
Ağırlıklı
5. Medeni durumunuz:  Evli  Bekar
6. Anne eğitim durumu:  İlköğretim  Ortaöğretim/Lise  Üniversite  Lisansüstü
7. Baba eğitim durumu:  İlköğretim  Ortaöğretim/Lise  Üniversite  Lisansüstü
8. Anne Meslek: .....
9. Baba Meslek: .....
10. Aileniz ile mi yaşıyorsunuz?  
 Evet  Hayır
11. Kronik bir hastalığınız var mı?  
 Evet  Hayır
12. Son zamanlardaki sağlık durumunuzu 1-10 arasında işaretleyiniz. (1-Çok kötü, 10-Çok iyi)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Çok kötü Çok iyi

### BÖLÜM 2. AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

13. Size göre ağrı nedir?  
 Hastalık göstergesi  Dayanılması gereken durum  İş yapmaya engel durum  Yardım çağırısı
14. Bireysel ağrı deneyiminiz oldu mu?  
 Evet  Hayır
15. Aile fertlerinizde ağrı deneyimi oldu mu?  
 Evet  Hayır
16. Ağrı deneyimlediğinizde tutumunuz ne olur?  
 Konsantre olamama  Tüm uğraşları bırakma  Gergin olma  Ağlama  Yalnız kalmak isteme
17. Ağrılı bireyle ya da hastayla hangi sıklıkla karşılaşırsınız?  
 Sık sık  Nadiren  Hiç

**18. Ağrılı bireyle karşılaştığınızda ağrı yönetimi için ne önerirsiniz?**

- İlaç alma       İlaç dışı yöntemler       Sağlık kuruluşuna başvurma       Hiç birşey önermem

**19. Lisans eğitimizde ağrıyla ilgili ders aldınız mı?**

- Evet       Hayır

**20. Lisans eğitiminiz dışında ağrıyla ilgili bir eğitim aldınız mı?**

- Evet       Hayır

**21. 20. soruya cevabınız evet ise nasıl bir eğitim aldınız?**

- Kurs       Seminer       Hizmet içi eğitim       Diğer: .....

**22. Mevcut ağrı yönetimi bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- İleri düzey       Orta düzey       Yetersiz       Hiç bilgim yok



## AĞRI YÖNETİMİ BİLGİ FORMU

Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyup karşısındaki "doğru", "yanlış" ve "bilmiyorum" seçeneklerinden size uygun olan birini 'X' ile işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Ağrı, mutlaka travma ve doku zedelenmesi sonucu oluşur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrı, hastalığı tanılamada önemli bir ipucudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Travma, yanık ve hastalık sonucu oluşan ağrı akut ağrıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Altta bir patolojik nedeni olmayan ağrı, gerçek ağrı değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Akut ağrı tedavi edilmezse kronik ağrı oluşumuna sebep olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ağrı eşiği her hasta ve sağlıklı birey için aynıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uykusuzluk, anksiyete ve depresyon ağrı eşiğini düşürür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hasta rahat görünüyorsa ağrısı yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ağrı şiddeti tayininde yaşam bulguları değişiklikleri yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrı değerlendirmesinde, bütün hastalarda uygulaması kolay olan VAS kullanılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mekanik ventilatöre bağlı hasta konuşamadığı için ağrı değerlendirmesi yapılamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrı şiddeti, hastanın ifadesiyle değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hasta, ağrısı olmasına rağmen uyuyabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Plasebo (ilaçsız boş serum uygulaması) ile geçen ağrı gerçek değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 11 Yaş altı çocuklarda, ağrı şiddeti tayini anne-baba tarafından yapılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, NSAİİ ve lokal anesteziiklerdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hasta butona bastığında analjezi sağlayan sistem, hasta kontrollü analjezi sistemidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Antidepresanlar, ağrı tedavisinde destekleyici farmakolojik ajanlardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sedatize edici ilaçlar, etkili ağrı kesicilerdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. İntravenöz olarak uygulanan morfin, en fazla 5 dakika etki gösterir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Oral morfin en fazla 1,5-2 saat etki gösterir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Non-farmakolojik olarak sıcak-soğuk uygulaması, sadece ağrılı bölgeye yapılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ağrı tedavisi hastaya/kişiyeye özel planlanmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ağrıyı geçirme girişiminden önce, hastanın ağrıya dayanması istenmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Aspirin ve diğer NSAİİ, kanser ağrısı ve kronik ağrılar için etkili değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Non farmakolojik yöntemler orta şiddetli ağrıda etkilidir, şiddetli ağrıda etkili olmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Uzun süreli opioid alan hastalarda, solunum depresyonu az da olsa ortaya çıkar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ağrı tedavisinde, tek analjezik kullanımı çoklu analjezik kullanımından daha etkilidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ağrı tedavisinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Çocuk-yaşlı ve ajite hastada ağrı yönetimi imkansızdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ağrı yönetiminin ilk basamağı, ağrı tedavisidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetiminin bir ögesi değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**“Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”** isimli çalışmamız tanımlayıcı bir araştırma çalışmasıdır. Bu çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu 2. , 3. ve 4. sınıf öğrencileriyle yapılacaktır. Çalışmamız, öğrenci hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve hemşirelik lisans eğitiminde ağrı yönetimi eğitimine ilişkin önerilerde bulunmak amacıyla yapılacaktır. Çalışma 01.12.2016- 15.12.2016 tarihleri arasında yapılacak olup 2. , 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 400 öğrenci hemşireye ulaşılması planlanmaktadır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılacak gönüllü öğrencilere öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, ağrı ile ilgili bilgi-deneyim ve tutumlarını kapsayan sorulardan oluşan “Öğrenci Bilgi Formu” ve “Ağrı Yönetimi Bilgi Formu” uygulanacaktır. Bu formlardaki soruları cevaplamak için öğrenci hemşirelere 15 dakika süre verilecektir. Gönüllüler bu araştırmaya katılarak herhangi bir parasal yük altına girmeyecektir ve çalışmaya katıldıkları için kendilerine herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada toplanan verilerle istatistiksel sonuçlara ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışmada gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık ve Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın çalışmadan ayrılma hakkında sahiptirler.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi istediğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

1.Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

2.Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

Gönüllünün Adı Soyadı/ Telefon numarası/ Tarih/ İmza

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı/ Telefon Numarası/ Tarih/ İmza  
Prof. Dr. Zehra DURNA

Yardımcı Araştırmacının Adı Soyadı/ Telefon Numarası/ Tarih/ İmza  
Naile Dalkılıç

**EK 4:**



**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAYI : 50400462/300  
KONU: Anket hk.**

**TARİH :29/12/2016**

**T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE,**

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Naile DALKILIÇ'ın "Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Hülya GÜRBÜZ  
Müdür Vekili

**Ek : 1) Anket Formu.**



T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI: 53550288/574  
KONU: Anket uygulama izni hk.

29 Aralık 2016

İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Naile DALKILIÇ'ın, Prof.Dr. Zehra DURNA'nın tez danışmanlığını yürüttüğü "Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezinin anketini Yüksekokul öğrencilerimize uygulamasının uygun olduğunu bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Zehra DURNA  
Müdür