

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİMDALI

**HEMŞİRELİKTE AĞRI YÖNETİMİNDE GİRİŞİM KONTROL
SİSTEMİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

Hatice ARTUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN

İZMİR-2023

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİMDALI

**HEMŞİRELİKTE AĞRI YÖNETİMİNDE GİRİŞİM KONTROL
SİSTEMİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

Hatice ARTUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN

İZMİR-2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 07 / 02/ 2023

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Esra AKIN (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi).....

Üye : Prof. Dr. Melek ARDAHAN (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi).....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY (Ege Üniversitesi).....

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

Prof. Dr. Hatice YILIDIRM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

- Tezimin/Raporumun 15.02.2024 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

ETİK BEYAN

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

...../...../2023

İmza

Hatice ARTUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her anlamda yanımda olan, güler yüzüyle her zaman beni motive eden, uzman görüşleriyle akademik gelişimimi destekleyen, iyiliği ve hayatın her alanında etik davranmayı kendine ilke edinip bizlere de bu yolda ışık tutan, öğrencisi olmaktan her zaman büyük gurur ve mutluluk duyacağım çok kıymetli ve saygı değer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Esra AKIN'a,

Tezime olan katkılarından dolayı değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Melek ARDAHAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY'a,

Yüksek Lisansım boyunca desteğini benden esirgemeyen değerli arkadaşım Zilan BARAN'a,

Hayatımda yer almasından büyük mutluluk duyduğum, yüksek lisans eğitimim süresince zorlandığım her konuda sıcacık kalbiyle benden hiçbir desteği esirgemeyen, çok sevdiğim kıymetli arkadaşım Arş. Gör. Duygu YILDIRIM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman desteğini gördüğüm, tezimin her aşamasında beni motive eden, güler yüzüyle, güzel enerjisiyle hep yanımda olan ve çok sevdiğim değerli arkadaşım Doktora Öğrencisi Sinem ÇALIŞKAN'a,

Tanıştığımız andan itibaren mutluluğumu ve üzüntümü paylaşarak her zaman benim yanımda olan, hayatımda olmasından büyük mutluluk duyduğum ve çok sevdiğim kıymetli dostum Şengül MAYDOS'a,

Yaşamım boyunca sonsuz sevgilerini kalbimde taşıyacağım, benim için her türlü fedakarlığı yapan, hayatın getirdiği her şeyi sevgi ile kucaklamayı bana öğreten, her gün özlemle andığım canım anneme ve biricik abime,

Varlıkları ve sevgileriyle bana güç veren, yaşamım boyunca aldığım her kararda arkamda duran, desteklerini bir an olsun esirgemeyen kalbi sonsuz şefkat dolu canım ablama ve kıymetli babama,

Hayatıma girdiği andan itibaren her konuda beni destekleyen, varlığı ile hayatıma anlam katan, sevgi dolu bakışlarıyla tüm sıkıntımı unutturan, her daim anlayış, özveri ve fedakarlığı ile yanımda olan, hayatımdaki yerini asla kelimelerle ifade edemeyeceğim en büyük mutluluğum çok kıymetli eşim Okan ARTUN'a

Tüm kalbimle sonsuz

TEŞEKKÜR EDERİM...



ÖZET

HEMŞİRELİKTE AĞRI YÖNETİMİNDE GİRİŞİM KONTROL SİSTEMİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Amac: Araştırma, hemşirelerin yeterli ağrı yönetim becerisine yönelik Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sistemi'nin etkinliğini incelemek amacı ile gözlemsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmakta olan hemşireler (N=12) oluşturmuştur. Örneklem ise İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmakta olan 10 hemşirenin ağrı yönetimini gerçekleştirmeleri sırasındaki işlemleri/girişimleri oluşturmuştur. Bu bağlamda her bir hemşire 20 defa gözlemlenmiş olup toplamda 200 girişimin gözlemlenmesiyle süreç yönetilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın örneklemi ağrı yönetimine ilişkin 200 girişim oluşturmuştur. Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlki Hemşirelikte Yönetiminde Girişim Kontrol Sisteminin Geliştirilmesidir. İkinci aşama ise ilgili kontrol sistemi kullanılarak hemşirelerin ağrı yönetiminde uyguladıkları adımların gözlemlenerek verilerin toplanmasıdır. Araştırmamızda geliştirilen girişim kontrol sistemi yazılımında veri tabanı altyapısı olarak Firebase Realtime Database kullanılmıştır. Arayüzden “İşlem- 1 Ağrının Değerlendirilmesi” seçilerek hemşirenin uyguladığı adımlar takip edilmiştir. Sonraki aşamada ise ağrı yönetiminin her bir adımı; ağrının değerlendirilmesi, kullanılan ağrı skalaları, ağrı tedavisinin planlanması, ağrı yönetimi için kullanılan yöntemler, ağrının yeniden değerlendirilmesi ve ağrı tedavisinin değerlendirilmesi olmak üzere toplamda 6 kategori doğrultusunda takip edilmiştir. Sonraki aşamada hemşirelerin ağrı yönetiminde izledikleri adımlar arayüz üzerinde bulunan bir buton yardımı ile işaretlenmiştir. Ardından arayüz üzerinden adımları uygulayan hemşire seçilerek gözlemlenen ağrı yönetimi adımlarının yazılıma kaydedilmesi tamamlanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for

25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında, Oneway Anova Testi ve Student T Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 25.20 ± 4.46 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %90'ı kadınlardan ve %70'i bekar bireylerden oluşmuştur. Hemşirelerin yarısının lisans (%50) mezunu olduğu, %50'sinin meslekte 1-2 yıldır çalıştığı, %60'ının yine 1-2 yıldır acil dahili gözlem biriminde çalıştıkları bulunmuştur. Hemşirelerin ağrıyı yönetebilme becerilerinin geliştirilmesinde işlem basamaklarında en iyi yaptıkları adımlar değerlendirildiğinde; ağrının değerlendirilmesi aşamasında %97'sinin hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullandığı; kullanılan ağrı skalaları aşamasında %83.5'inin ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumunu göz önüne aldığı; ağrı tedavisinin planlanması aşamasında %95.5'inin ağrının etiyolojisi ile ilgili bilgileri doğru bildiği; ağrı yönetimi için kullanılan yöntemler aşamasında %95'inin analjezikleri doğru kullandığı; ağrının yeniden değerlendirilmesi aşamasında %93'ünün kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrıyı değerlendirebildiği; ağrı tedavisinin değerlendirilmesi aşamasında %97.5'inin ağrının değerlendirilmesi sonucunda gerekli tedaviyi hastanın doktoru tarafından planlanabildiği saptanmıştır.

Sonuc: Araştırmanın sonucunda hemşirelerin ağrıyı yönetebilme becerisinin geliştirilmesine yönelik geliştirilen Girişim Kontrol Sisteminin hemşirelerin ağrıya yönelik doğru adımların belirlenmesine yönelik kullanılabilir olduğu kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Ağrı, Ağrı Yönetimi, Girişim Kontrol Sistemi

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF INTERFERENCE CONTROL SYSTEM IN NURSING PAIN MANAGEMENT

Aim: The research was conducted observationally in order to examine the effectiveness of the Intervention Control System in Pain Management in Nursing for nurses' adequate pain management skills.

Material and Method: The population of the research was composed of nurses (N=12) working in the Emergency Internal Medicine Observation Unit of Izmir Katip Celebi University Ataturk Training and Research Hospital. The sample consisted of the procedures/initiatives performed by 10 nurses working at the Emergency Internal Medicine Observation Unit of Izmir Katip Celebi University Ataturk Training and Research Hospital during pain management. In this context, each nurse was observed 20 times and the process was managed by observing a total of 200 interventions. Therefore, the sample of the research consisted of 200 initiatives related to pain management. The research was carried out in two stages. The first is the Development of an Interference Control System in Nursing Management. The second stage is the collection of data by observing the steps taken by nurses in pain management using the relevant control system. In the interference control system software developed in our research, Firebase Realtime Database was used as the database infrastructure. "Procedure- 1 Pain Assessment" was selected from the interface and the steps taken by the nurse were followed. In the next stage, each step of pain management was followed in a total of 6 categories, including pain assessment, pain scales used, pain treatment planning, methods used for pain management, pain reassessment and pain treatment evaluation. At the next stage, the steps that nurses follow in pain management are marked with the help of a button located on the interface. Then, the nurse who performs the steps through the interface is selected and the recording of the observed pain management steps in the software is completed. The data obtained from the research were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for 25.0 program. Descriptive statistical

methods (number, percentage, mean, standard deviation) were used while evaluating the research data. While evaluating the study data, descriptive statistical methods, as well as the parameters of the normal distribution, comparisons between groups Oneway Anova test and student's t-test did not show the normal distribution of the parameters that comparisons between groups using the Mann-Whitney U test for the comparison of qualitative data chi-square test was used.

Results: The average age of the nurses participating in the study was found to be 25.20 ± 4.46 . 90% of the nurses were women and 70% of them were single individuals. It was found that half of the nurses have a bachelor's degree (50%), 50% have been working in the profession for 1-2 years, and 60% have been working in the emergency internal observation unit for 1-2 years. When the steps that nurses do best in the steps of the procedure to improve their pain management skills are evaluated, 97% of them use the pain described by the patient as the main element of the evaluation at the stage of pain assessment.; used pain scales in the phase %83.5% when selecting the method of pain measurement; pain in the stage of development, and the patient's chronological age, functional status, level of understanding, skills, and emotional state into consideration in the planning phase of the treatment of pain %95.5% know the correct information about the etiology of the pain; the methods that are used for pain management during the phase 95% of the correct use of analgesics; pain of Re-evaluation phase, 93% used pain scale and pain points expressed by the patient according to their re-evaluate the pain; at the stage of evaluation of pain treatment, it was found that 97.5% of the patients were able to plan the necessary treatment by the patient's doctor as a result of the evaluation of pain during the evaluation of pain treatment.

Conclusion: As a result of the research, it was concluded that the Intervention Control System developed to improve the nurses' ability to manage pain can be used to determine the correct steps for nurses to manage pain..

Keywords: Nursing, Pain, Pain Management, Intervention Control System

İÇİNDEKİLER

Onay	i
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	ii
Etik Beyan	iii
Teşekkür	iv
Özet	vi
Abstract	viii
İçindekiler	x
Simgeler ve Kısaltmalar	xiii
Şekiller Dizini	xiv
Tablolar Dizini	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezi	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağrının Tanımı	5
2.2. Ağrıya İlişkin Kavramlar	6
2.3. Ağrının Algılanması ve Etkileyen Faktörler	7
2.4. Ağrının Sınıflandırılması	9
2.4.1. Başlangıç Süresine Göre Ağrı	9
2.4.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı	10
2.4.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı	10
2.5. Ağrının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi	11
2.5.1. İletişim Kurabilen Hastalarda Kullanılan Ölçekler	13
2.5.1.1. Tek Boyutlu Ölçekler	13
2.5.1.2. Çok Boyutlu Ölçekler	14

2.5.2. İletişim Kuramayan Hastalarda Kullanılan Ölçekler	14
2.6. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü	16
2.7. Ağrı Yönetiminde Teknolojinin Kullanımı	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	21
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	21
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri ve Uygulanma Süreçleri	21
3.5.1. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sisteminin Oluşturulması	21
3.5.2. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi ile Verilerin Toplanması	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7. Süre ve Olanaklar	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi	28
4.2. Hemşirelerin Ağrı Yönetim Adımları Uygulamasının İncelenmesi	29
4.3. Ağrının Değerlendirilmesi Uygulama Adımları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	33
4.4. Ağrının Değerlendirilmesi Uygulamasında İşlemlerin Ortalaması İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
5. TARTIŞMA	60
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	60
5.2. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımlarını Uygulama Davranışlarının Tartışılması	62
5.3. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımları Uygulaması Doğru Sayıları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Farklılığın Tartışılması	64

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuç	69
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	79
ÖZGEÇMİŞ	94



SİMGELER VE KISALTMALAR

IASP : International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği)

CGRP : Calcitonin gene-related peptide (Hasarlı dokudan salınan peptit)

MASF : McGill Melzack Ağrı Soru Formu

DAÖ : Davranışsal Ağrı Ölçeği

CPOT : Critical Care Pain Observation Tool (Kritik Bakım Ağrı Gözlem Aracı)

NVPS : Nonverbal Pain Scale (Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği)

SPSS : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

% : Yüzde

N : Kişi Sayısı

Ort. : Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi Hemşire Kayıt Bölümü	23
Şekil 3.2. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi İşlem Seçim Bölümü.....	23
Şekil 3.3. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi Kategorileri	24
Şekil 3.4. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi Adımları	25
Şekil 3.5. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi Takibin Tamamlanma Aşaması.....	25

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma Zaman Çizelgesi	27
Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Bilgilerine Dair Bulgular.....	28
Tablo 4.2. Hemşirelerin Yaşına İlişkin Bilgiler.....	29
Tablo 4.3. Hemşirelerin Gözlem Dağılımı	30
Tablo 4.4. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımların Doğru ve Yanlış Dağılımı	31
Tablo 4.5. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	33
Tablo 4.6. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 8 Arasındaki Ki-Kare Analizi	34
Tablo 4.7. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 Arasındaki Ki-Kare Analizi	35
Tablo 4.8. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Kullanılan Ağrı Skalası-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	35
Tablo 4.9. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Arasındaki Ki-Kare Analizi	36
Tablo 4.10. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	37
Tablo 4.11. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	38
Tablo 4.12. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Arasındaki Ki-Kare Analizi	38

Tablo 4.13. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Kullanılan Ağrı Skalası-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	39
Tablo 4.14. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	40
Tablo 4.15. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	41
Tablo 4.16. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi	42
Tablo 4.17. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi	43
Tablo 4.18. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	43
Tablo 4.19. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 6 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi	44
Tablo 4.20. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	45
Tablo 4.21. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Arasındaki Ki-Kare Analizi	46
Tablo 4.22. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	46
Tablo 4.23. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi	47
Tablo 4.24. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	48

Tablo 4.25. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	49
Tablo 4.26. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 10 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	49
Tablo 4.27. Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	50
Tablo 4.28. Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	51
Tablo 4.29. Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi	52
Tablo 4.30. Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi	53
Tablo 4.31. Tüm Adımların Ortalamaları ile Demografik Değişkenlere Ait Normallik Testi	54
Tablo 4.32. Hemşirelerin Medeni Durumları, Yaşları ve Eğitim Düzeyleri İle Ağrının Değerlendirilmesi Uygulaması Adımlarına İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 4.33. Hemşirelerin Medeni Durumları, Meslekte Çalışma Süresi, Acil Gözlem Biriminde Çalışma Süresi ve Eğitim Düzeyleri İle Kullanılan Ağrı Skalası Adımlarına İlişkin Bulgular	56
Tablo 4.34. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durumları, Meslekte Çalışma Süresi, Acil Gözlem Biriminde Çalışma Süresi, Ağrı Değerlendirme Sıklığı ve Eğitim Düzeyleri İle Ağrı Tedavisinin Planlanması Adımlarına İlişkin Bulgular	58
Tablo 4.35. Hemşirelerin Yaşları İle Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adımlarına İlişkin Bulgular	58
Tablo 4.36. Hemşirelerin Medeni Durumları ve Ağrı Değerlendirme Sıklıkları İle Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adımlarına İlişkin Bulgular	59

Tablo 4.37. Hemşirelerin Cinsiyeti ve Ağrı Değerlendirme Sıklıkları İle Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adımlarına İlişkin Bulgular.....	59
--	----



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı yaşam boyunca varlık gösteren ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyecek düzeye ulaşabilen nahoş bir yaşantıdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'ne (International Association for the Study of Pain (IASP) göre ağrı, “vücuttaki belli bölgelerde meydana gelen doku hasarından kaynaklanan veya kaynaklanmayan, kişinin geçmiş deneyimleriyle ilişkili olabilen hoş olmayan bir duyumdur” (38). Ağrı evrensel bir olgu olup tüm insanların deneyimleyebileceği bir durumdur. Bununla birlikte her bireyin ağrı yaşantısı birbirinden çok farklı özellikler gösterebilmektedir. Kişinin cinsiyeti, yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumundan sahip olduğu kültüre kadar birçok faktör ağrı algısına etkide bulunabilmektedir. Bu nedenle ağrının anlaşılması için her zaman kişinin ifadelerine başvurulmaktadır (26).

Bireyin deneyimlediği ağrının duyuşsal, davranışsal, fizyolojik ve psikolojik yanıtları söz konusudur. Kişi hissettiği nahoş durumdan kurtulabilmek adına çözüm aramakta ve sağlık profesyonellerine yönelmektedir. Özellikle uzun süreli veya şiddetli ağrılar bireylerin sağlık kuruluşu başvuruları nedenleri arasında yer almaktadır (59). Ağrı yakınmaları hem Türkiye’de hem de dünyada giderek artan bir yük haline gelmektedir. 2019 yılında elde edilen veriler kaybedilen sağlıklı yaşam yılları arasında bel ve baş ağrısının en önemli etkenler olduğunu göstermektedir (57). Sağlık alanında kaydedilen ilerleme ile birlikte cerrahi girişimlerin artması da cerrahi sonrası ağrı yaşantısının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Cerrahi operasyonların ardından hastalarda ağrı gözlenme oranı %30 ile %97 arasında değişmektedir (27).

Ağrı yaşantısı çeşitli nedenlerden ötürü kişinin sosyal işlevselliğinin azalmasına neden olmakta ve günümüz dünyasında ağrının önemli bir hastalık yükü haline geldiği görülmektedir. Bu nedenle ağrının yaşanabilir seviyelerde tutulmasını hedefleyen ağrı yönetimi yaklaşımı her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefleyen ağrı yönetimi sağlık profesyonellerinin ekip çalışması ile mümkün olmaktadır (56, 57). Bu süreçte hasta ve hasta yakını ile yakın temas halinde çalışılmakta ve ağrının doğru ölçülmesi, değerlendirilmesi, doğru yaklaşımların sergilenmesi temel alınmaktadır. Hastanın

ağrı yaşıntısının doğru şekilde yönetilmesi sağlık bakımı için bir tercih değil zorunluluk olarak görülmektedir. Bu nedenle özellikle hasta bakımında ön sırada yer alan hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda çok boyutlu bir yaklaşım sergilemeleri beklenmektedir (42, 68, 69).

The Joint Commission (2010) tarafından yayınlanan rapora göre ağrının doğru değerlendirilmesi ve yönetilmesi her hastanın temel haklarından biridir. Hastanın ağrı yaşıntısının daha tolere edilebilir hale getirilmesi veya ortadan kaldırılması ile ağrı yönetimi amacına ulaşmaktadır (8). Sağlık profesyonellerinin ekip halinde aldığı sorumlulukla farmakolojik veya farmakolojik olmayan yöntemler kullanılarak ağrının yönetilmesi sağlanabilmektedir (24). Uygulanacak yöntemin doğru seçilmesi için öncelikle ağrının doğru değerlendirilmesi gerekmektedir (14). Ağrının değerlendirilmesi konusunda en güvenilir kaynağın bireyin kendi ifadesi olduğu düşünülmektedir. Daha sonra ise yüz ifadesi, elini bölgeye bastırma, yüz buruşturma, yaşam bulguları gibi değişkenler incelenerek ağrının değerlendirilmesi sağlanmaktadır (18). Geliştirilen ağrı değerlendirme ölçekleri ile ağrı yaşıntısına dair objektif veriler elde edilmektedir. Bununla birlikte yapılan araştırmalar hemşirelerin bu ölçekleri yeterince kullanmadığını göstermektedir (3, 17, 70). Ağrının değerlendirilmediği durumlarda profesyonel bir yaklaşım içinde ağrı yönetiminin sağlanması oldukça zordur. Bu nedenle ağrı yönetimindeki yaklaşımlarda profesyonel bir tutum sergilenmesi gerekmektedir (22).

Hemşireler ağrı yönetimi konusunda edindikleri bilgilerle ilaç veya ilaç dışı teknikleri bakım davranışlarına dahil edebilmektedirler. Hasta ve hasta yakınıyla kurulan iletişimde ağrıya etkin şekilde baş etmeye yönelik rehberliğin sunulması da hemşirelerin sorumluluk alanı içinde yer almaktadır (61). Gelişen teknoloji ile birlikte hemşirelerin ağrı yönetiminde teknolojik araçların da kullanıldığı görülmektedir. Teknolojik araçlar ve yazılımlar ağrı yönetimi alanında hemşireler için avantaj sağlayabilmektedir (49, 50, 71).

Etkili ağrı yönetimi, hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyetinin artmasına, hemşirelerin hastaları etkili bir şekilde savunmasına ve uygun hasta eğitimi yapmasına, sağlık kurumlarının mali ve kaynak tasarrufu sağlamasına yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, bireylerin deneyimledikleri ağrının yönetilmesi; bireyin

rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılması açısından önemlidir. Yönetilmeyen ağrı birçok farklı komplikasyona neden olmaktadır. Bu durum verilen bakımın niteliğinin düşmesi ve sağlık hizmetlerinin aksaması anlamına da gelmektedir. Bu bağlamda ağrının yönetilmesine ilişkin yapılan çalışmalar hala hemşirelikte ağrı yönetiminin yeterli olmadığını, ölçekler bazında dahil yeterli değerlendirmelerin gerçekleştirilmediğini göstermektedir.

Profesyonellikten uzak biçimde yapılan ağrı değerlendirmeleri hastanın gerçek durumun anlaşılabilmesi ve uygun tedavinin sağlanabilmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda yapılacak çalışma ile hemşirelikte ağrı yönetiminde geliştirilecek olan girişim kontrol sisteminin hemşirelerin ağrı yönetebilme becerisini geliştireceği düşünülmektedir. Bu alanda daha önce gerçekleştirilmiş kontrol sistemleri doğrultusunda ağrı yönetiminin değerlendirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu durum araştırmanın önemini sağlamaktadır. İlgili kontrol sistemi doğrultusunda mobil uygulama geliştirilerek yeterli ağrı yönetimine katkı sağlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu araştırma, hemşirelerin yeterli ağrı yönetim becerisine yönelik Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sistemi'nin etkinliğini incelemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikincil amacı ise geliştiren girişim kontrol sistemi sayesinde bu sistemin işlevliliğiyle beraber ağrı yönetim sisteminin ilgili kliniklerde probel sistemi üzerinden ya da hemşirelere mobil aplikatör olarak uygulanabilir bir hale getirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Hemşirelikte ağrı yönetiminin sağlanmasında geliştirilen girişim kontrol sistemi, ağrı yönetiminde etkilidir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tipi gözlemsel olduğundan ve hemşirelerin gözlemlendiklerinin farkında olmaları araştırmanın sınırlılıkları içerinde yer almaktadır. Araştırmanın 2020 Mart ayından bu yana tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi süreci nedeniyle verilerin toplanması güvenlik önlemleri nedeni ile araştırma yasal izinlerinin sekteye uğraması bağlamında bir klinik ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları araştırmanın yürütüldüğü klinikteki hemşirelerin ağrı uygulamalarına bağlı olup sonuçlar yalnızca İzmir Katip Çelebi Üniversite Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Dahili Gözlem biriminde genellenebilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Yunancadaki ‘poine’ kelimesinden türemiş olan ağrı, intikam, işkence ve ceza anlamları taşımaktadır. Eski Yunanda ağrının tanrılar tarafından verilen bir ceza olarak algılanması ağrı ve cezanın birlikte anılmasını sağlamıştır. Türk Dil Kurumu’na göre ağrı kelimesi ‘vücudun herhangi bir bölgesinde duyulan şiddetli acı’ anlamına gelmektedir (44). Klinik tanımlamalarda ise ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, herhangi bir doku harabiyeti nedeniyle oluşmuş veya oluşmamış, kişinin geçmiş deneyimlerinden de etkilenen ve hoş olmayan bir duyumdur (45). Caffery’ye göre ağrı hastanın söylediği her şey olabilir ve bu nedenle hastanın söylemlerine inanmak gerekmektedir. Bu açıklamadan da yola çıkılarak hemşirelikte kabul edilen ağrı tanımı hastanın söylemlerini temel almaktadır. Kişi ağrısını ifade ettiği sürece ağrının var olduğu kabul edilmektedir (30).

Ağrıyla sıklıkla birlikte anılan bir diğer kavram ise acıdır. Acı; stres, endişe, kayıp, korku veya ağrı gibi yaşantılar karşısında ortaya çıkan negatif yanıttır. Bu açıdan bakıldığında her ağrı yaşantısı aynı zamanda bir acı hissini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle iki kavram birbiri ile karışabilmektedir (23). Ağrının acıdan farkı ise ağrının hafızasının olmasıdır. Organizmada meydana gelen bir doku hasarında iyileşme sürecinde o bölgeye gelebilecek zararlardan korunmak için ağrılı uyaran ortadan kalksa bile ağrı duyumu devam etmektedir. Doku hasarının olduğu bölgeden fizyolojik yanıt şeklinde salgılanan sitokin benzeri oluşumlar santral sinir sisteminde rol oynamakta ve ağrı yaşantısı devam etmektedir (6, 9, 72).

Ağrıya dair tanımlamalarda sübjektif söylemler dikkat çekmektedir. Ağrı kişisel bir yaşantı olup kişiden kişiye göre büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durum ağrı yönetiminde de kişisel farklılıklar temelli güçlükler yaşanmasına neden olmaktadır. Ağrının kişinin deneyimlerinden kaynağını alması ve her bireyin farklı bir davranış örüntüsüne sahip olması ağrı olgusunun oldukça kompleks hale gelmesine neden olmaktadır (21). Bu noktada ağrıya ilişkin diğer kavramlar ve ağrı algısına etki eden faktörler ön plana çıkmaktadır. Bir sonraki başlıkta ağrıya ilişkin kavramlara dair detaylar sunulmuştur.

2.2. Ağrıya İlişkin Kavramlar

Ağrı yaşantısının bireyin kişisel deneyimlerinden etkileniyor olması ağrıya ilişkin kavramların da bilinmesini gerektirmektedir. Ağrıya ilişkin kavramların meslek profesyonelleri tarafından biliniyor olması ağrı yönetimi için gerekli olan yöntemlerin işlevsel olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Ağrı eşiği, ağrı toleransı, ağrı davranışı ve ağrı hafızası ağrıya ilişkin kavramlar arasında yer almaktadır. Bu kavramlar ağrının yaşantısının kişiden kişiye göre farklılaşmasında rol oynamaktadır (7, 9, 73).

Ağrı Eşiği: Bireyin ağrıyı duyumsadığı minimum uyaran büyüklüğü veya uyaranın ağrı oluşturduğu an verilen tepki ağrı eşiği olarak nitelendirilmektedir. Ağrı eşiği kişide kişiye göre farklılık göstermektedir. Uykusuzluk, kaygı veya depresyon gibi faktörlerin ağrı eşiğini azalttığı; analjezik, antidepresan kullanımı veya dinlenme halinin ağrı eşiğini yükselttiği ileri sürülmektedir (34).

Ağrı Toleransı: Bireyin ağrının şiddetine dayanabilme becerisi ağrı toleransı olarak tanımlanmaktadır. Kişinin ağrının durmasını istediği minimum şiddet olarak da ifade edilebilmektedir. Tıpkı ağrı eşiği gibi ağrı toleransı da sübjektif bir tanımlamadır. Kişinin bedensel ve psikolojik özelliklerinden içinde bulunduğu kültüre kadar pek çok faktör ağrı toleransını etkileyebilmektedir. Bununla birlikte uzun süreli ağrıların kişinin ağrı toleransını düşürdüğü bilinmektedir (20).

Ağrı Davranışı: Ağrı yaşantısı esnasında kişinin sergilediği davranışları ifade etmektedir. Ağrıyla mücadele ederken hangi davranışların sergilendiği ağrı davranışı alanındaki en temel konulardan biridir. Mevcut ağrının giderilmesi için kişinin hangi dozda analjezik kullandığı genellikle ağrı davranışına dair objektif değerlendirmelerden biri olarak kabul edilmektedir (7).

Ağrı Hafızası: Doku hasarına bağlı ağrıların iyileşme süreçlerinde dokunun sağlıklı şekilde tamir edilebilmesi için uyaran bitmiş olsa bile ağrı yaşantısı devam etmektedir. Ağrının şiddeti, kişinin içinde bulunduğu duygu durumu veya ağrıya yüklenen anlamlar gibi pek çok faktör ağrı hafızasının oluşmasında rol oynamaktadır (9).

Yukarıda sıralanan kavramlar incelendiğinde kişinin ağrı yaşantısı ile ilgili birçok değişkenin olduğu görülmektedir. Sıralanan bu değişkenler kişinin ağrı deneyimi nasıl yaşayacağı konusunda bilgi verebilmektedir. Bununla birlikte bazı faktörlerin ağrının algılanmasına etki ettiği bilinmektedir. Bir sonraki başlıkta bu faktörlere yer verilecektir.

2.3. Ağrının Algılanması ve Etkileyen Faktörler

Ağrıya ilişkin kavramlarda da görüldüğü üzere kişinin ağrı yaşantısına etki eden faktörler bulunmaktadır. Ağrının fizyolojisi incelendiğinde algılamaya etki eden değişkenler olduğu görülmektedir. İlgili literatür bağlamında bakıldığında ağrının algılanmasına etki eden faktörlerin cinsiyet, yaş, kültür, ağrıya yüklenen anlam, genler, dikkat, yorgunluk düzeyi, nörolojik fonksiyonlar, önceki kişisel deneyimler, aile ve sosyal destek olduğu görülmektedir. Bu faktörler kişinin ağrıyı algılamasına etki ederek benzer şiddetteki ağrıların farklı biçimlerde algılanmasını sağlamaktadır (8, 45, 74). Bu faktörleri şu şekilde açıklamak mümkündür:

Cinsiyet: Konuyla ilgili yapılan araştırmalar cinsiyetin ağrının algılanmasına etki eden faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Çoğu bulgu erkeklerin ağrıya toleranslarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Analjeziklere karşı verilen yanıtlar da cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Ağrı oluşum mekanizmasında nöroaktif maddelerin kadın ve erkeklerde farklı üretilmesinin bu duruma neden olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte toplumsal cinsiyet rolleri gereği erkeklerin daha güçlü olarak algılanmasının da bir etken olabileceği düşünülmektedir (1, 3).

Yaş: Kişinin içinde bulunduğu gelişimsel dönem de ağrının algılanmasına etki etmektedir. Çocukların ağrının şiddetini tarif etmekte zorlandıkları ve ağrıyı yanlış algılayabildikleri bildirilmektedir. Yaşlı bireylerde ise ağrının yaşlılığa özgü bir durum olduğuna inanma, ölüm korkusu ve ilgi görme ihtiyacı ile yanıltıcı bir algının olabileceği düşünülmektedir (12).

Kültür: Kişinin içinde bulunduğu kültürel ortam ağrının algılanması da dahil olmak üzere birçok durum üzerinde etkilidir. Kültürel kabuller ağrının nasıl karşılandığına dair bilgiler taşımaktadır. Kişinin sahip olduğu kültür ağrı toleransının

artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar Afrika kökenli Amerikalılarda ağrı algısının beyazlara kıyasla daha yoğun olduğunu göstermektedir (5).

Ağrıya Yüklenen Anlam: Kişinin ağrıya ilişkin yüklediği anlam ağrının nasıl algılandığını büyük ölçüde etkilemektedir. Örneğin doğum sancısı içinde olan bir kadının bu ağrıyı bebeğine kavuşmak şeklinde anlamlandırması ağrı algısının farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda ağrıyla baş etme yöntemlerine de etki etmektedir (52).

Genler: Kişinin genetik yapısı ağrıyı algılamasına etkili olabilmektedir. Anne ve babadan geçen genlerin ağrı toleransı ve ağrı eşiğine etki ettiği öne sürülmektedir (52).

Yorgunluk Düzeyi: Çeşitli nedenlerle yorgunluk hisseden bireylerin ağrı toleranslarının ve eşiklerinin daha düşük olabileceği bildirilmektedir. Kişi yorgunken ağrıyla mücadele edebilme becerileri zayıflamaktadır. Bu nedenle uykunun ardından ağrı algısının azaldığı bildirilmektedir (65).

Nörolojik Fonksiyon: Kişinin sahip olduğu nörolojik fonksiyonlar ağrı algısı ve ağrı yanıtı üzerinde etkili olabilmektedir. Bazı farmakolojik ajanların ağrı algısına etki ettiğine dair de veriler mevcuttur. Bu nedenle nörolojik fonksiyonların oldukça önemli bir değişken olduğu ileri sürülmektedir (65).

Geçmiş Kişisel Deneyimler: Kişinin deneyimleri herhangi bir olguya karşı tutumunu belirlemedeki en önemli faktörlerden biridir. Ağrı yaşantısı da geçmiş deneyimler neticesinde tutum geliştirilen bir olgudur. Kişinin ağrıya dair geçmiş olumsuz deneyimleri ağrıyla baş edebilme becerisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17).

Aile ve Sosyal Deneyimler: Kişinin içinde bulunduğu sosyokültürel ortam ağrıya karşı tutumu etkileyebilmektedir. Aile ortamında sürekli ağrı yakınmasını gözlemleyen kişilerin ağrıya karşı duyarlı olmaları beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte ağrı yaşantısı içindeki kişinin sosyal kaynaklardan faydalananarak destek alması ağrı algısını olumlu yönde etkileyebilmektedir (37).

Görüldüğü üzere ağrının nasıl algılanacağı kişinin cinsiyetinden içinde bulunduğu kültüre kadar uzanan çok geniş bir perspektifte ele alınmaktadır. Ağrı yaşantısı biyolojik temelli olsa da kişinin içinde bulunduğu psikolojik durum ve kültürel kabuller dahi ağrı algısına etki etmektedir. Bu sebeple ağrı yönetiminde sadece fizyolojik unsurlar değil psikolojik ve kültürel unsurlara da yer verilmektedir. Ağrı yönetiminde etkin olabilmek için bilinmesi gereken bir diğer unsur ağrının hangi kategoride yer aldığıdır. Ağrının sınıflandırılmasına dair yapılan çalışmalar çeşitli kriterlerle ağrıyı kategorize etmektedir. Bir sonraki başlıkta bu detaylara yer verilmiştir.

2.4. Ağrının Sınıflandırılması

Oldukça kişisel bir yaşantı olan birçok faktörün etkisiyle kişi tarafından algılanmaktadır. Bununla birlikte ağrının şiddeti, süresi veya kaynaklandığı bölgeye değişen yapısı da ağrının nasıl yaşanacağına etkide bulunabilmektedir. Ağrı alanında yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen sınıflandırmada başlangıç süresi, kaynaklanan bölge ve mekanizmalara göre bir kategorizasyon yapılmaktadır. Bu başlık altında ağrının sınıflandırılmasına dair bilgiler sunulmuştur.

2.4.1. Başlangıç Süresine Göre Ağrı

Ağrının başlama süresi ağrının sınıflandırılmasındaki kriterlerden biridir. Bu sınıflandırmada akut, operasyon sonrası ve kronik ağrı kategorileri yer almaktadır (43).

Akut Ağrı: Şiddetli ve ani başlangıçlı ağrılar akut ağrı şeklinde tanımlanmaktadır. Akut ağrıların yoğunluğu hafif veya çok şiddetli olabilmektedir. Akut ağrılar 6 aydan daha uzun süre görülmemektedir. Bu kategorideki ağrılar bir hastalık tablosu şeklinde gözlenmemekte ve nedeni saptanabilmektedir. Basit yaralanmalar, doğum, travmatik ekstremiteler veya operasyon sonrasında duyulan ağrılar akut ağrılara örnek olarak gösterilebilmektedir. Akut ağrıların tedavisinde analjezikler kullanılmakta ve olumlu sonuçlar alınabilmektedir (41).

Kronik Ağrı: Altı aydan fazla süredir devam eden ağrılar kronik ağrı kategorisinde ele alınmaktadır. Önceleri bir hastalık semptomu olarak ele alınan

ağrılar şuanda bir sendrom olarak değerlendirilmektedir. Bu tipteki ağrılar yaşam boyu devam edebilmektedir. Migren, kanser, periferel nöropati ve romatoid artrit gibi hastalıklara bağılı olarak gelişen ağrılar kronik görünümündür. Bu ağrıların öncelikle akut daha sonra kronik şekilde seyretmesi sıklıkla gözlenen durumlardan biridir (23).

2.4.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı

Ağrı, kaynaklandığı bölgeye göre somatik, visceral ve sempatik ağrı şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Somatik Ağrı: Somatik ağrılar ani başlangıçlı olup keskin ve iyi şekilde sınırlandırılabilir. Somatik sinir lifleriyle taşınan bu ağrı türü istirahatle azalabilir. Somatik ağrılar da cerrahi insizyona bağılı gelişen kutanoz ve ligament dokularından kaynaklanan derin somatik ağrı olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır (29).

Viseral Ağrı: Visceral ağrı yavaş başlangıçlı olup kramp veya kolik biçimde gözlenmektedir. İç organlardan kaynaklanan visceral ağrılar künt ve sızlayıcıdır. Visceral ağrılar sıklıkla bulantı ve kusma semptomlarıyla birlikte gözlenmektedir. Apandisit kaynaklı ağrılar göbekte, kardiyak ağrılar sol kolda ve pankreas kaynaklı ağrılar sağ kol üzerinde görülebilmektedir. Bu nedenle visceral ağrılar çok iyi lokalize olmadığı söylenebilir. Visceral ağrılarda kasılma ve organların ani gerilimi görülmektedir (18).

Sempatik Ağrı: Sempatik ağrılar somatik sinir sisteminin aktivasyonu neticesinde meydana gelmektedir. Daha çok geceleri görülen sempatik ağrılar damarsal kaynaklı olabilir. Sempatik ağrılarda ağrı bölgesinde üşüme ve solukluk da görülebilmektedir (50).

2.4.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı

Nosiseptif Ağrı: Doku hasarı neticesinde nosiseptörlerin uyarılmasıyla oluşan ağrı biçimidir. Hasarlı dokudan salınan calcitonin gene-related peptide (CGRP) nörokinin A, histamin, bradikinin, prostoglandin gibi kimyasal medyatörler, nosiseptörleri stimüle etmekte ve spinal korda ağrı uyarılarının ilerlemesine sebep

olmaktadır. Bu bölgede kapiller geçirgenliğinin de artması nedeniyle vazodilatasyon gelişmede ödem ve hassasiyet oluşmaktadır (60).

Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrılar periferik ve santral sinir sistemi hasarından kaynaklanan ancak nosiseptif uyarı veren belirgin bir çıkış noktası bulunmayan ağrılardır. Başka bir tanımda sinir sistemindeki primer lezyonlar veya disfonksiyonlar nedeniyle oluşan ağrı ifadesi kullanılmaktadır. Nöropatik ağrılar periferik sinir tümörlerinde, hipotiroidi, diyabet, vitamin B eksikliği, alkolizm veya sinir kesisi gibi durumlarda gözlenebilmektedir. Nöropatik ağrılar analjezik kullanımına karşı oldukça dirençlidir. Bu özellik ağrının tipinin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Hastaların yakınmalarında zonklama, delici ve yanıcı ifadelerine sıklıkla rastlanmaktadır (62).

Reaktif Ağrı: Reaktif tipteki ağrılar çeşitli durumlar karşısında vücutta tepki olarak veya sempatik sinir sistemi aktivasyonu neticesinde nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı ortaya çıkmaktadır. En tipik örnekleri kulunç olarak bilinen derin, sızlayıcı myofasiyal ağrılar ve refleks sempatik distrofilerdir (58).

Psikosomatik Ağrı: Herhangi bir organik nedeni olmayan, çeşitli psikopatolojilerin etkin olduğu ağrı türüdür. Doku problemleri çok belirgin olmasa dahi kişinin nörofizyolojik duyarlılığının arttığı ve yoğun ağrı algıladığı bilinmektedir. En belirgin örneği gerilim tipi baş ağrısı ve hipokondriazis ağrılarıdır. Analjezik kullanımı ile ağrı duyumu azalsa da stres faktörlerine bağlı olarak yakınmalar artabilmektedir (11).

Ağrı yönetiminin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için ağrı tipinin yanı sıra şiddetinin de anlaşılması oldukça önemlidir. Ağrının değerlendirilmesi ve ölçülmesine dair bilgiler bir sonraki başlıkta sunulmuştur.

2.5. Ağrının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi

Ağrı değerlendirme çalışmalarında başvuru alan ilk ve en güvenilir kaynak kişinin kendi ifadeleridir. Kişinin ifadelerinin ardından hastanın yüz ifadeleri, ağrılı bölgeye uyguladığı temas, mevcut yaşam bulgusu değişiklikleri gibi kriterler

incelenmektedir. Bu belirtilerle fizyolojik ağrı semptomları dikkatle incelenmektedir (18).

Ağrının değerlendirilmesinde hemşireler önemli sorumluluklara sahiptir. Bu alanda yapılan araştırmalar hemşirelerin ağrı değerlendirme çalışmalarında objektif ölçümlerden yeterince faydalanmadıklarını göstermektedir. Özveren ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen bir araştırmada hemşirelerin çok büyük bir çoğunluğunun ağrısı olan hastalarda ağrı değerlendirmesinin öncelikli olduğunu bilmesine rağmen klinikte ağrı değerlendirmesi yapmadıklarını bildirmektedir (53). Bunun yanı sıra katılımcıları %54,1'lik kısmı ağrı değerlendirmesinde herhangi bir objektif ölçme aracı kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların ağrı değerlendirmesi konusunda gerekli eğitimleri aldıkları halde uygulamaya koymadıkları görülmektedir (53).

Hastanın bildirdiği ağrının değerlendirilmesi standart uygulamaların geliştirilmesi ve profesyonelliğin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Hastaların ağrı durumlarını aşağıda belirtilen durumlarda değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (22):

- Operasyon öncesinde
- Operasyon sonrasındaki ilk 8 saat içinde 2 saatte bir ve sonraki 16 saat içinde 4 saatte bir
- Hastanın ağrısına dair her yeni bir ifadede bulunduğu anda
- Parenteral yoldan analjezik uygulamasının ardından 30 dakika, oral analjezik uygulamasından 1 saat sonra
- Ağrı kontrolüne ilişkin diğer uygulamaların ardından

Yukarıda sıralanan dönemler hastanın ağrı yaşantısı açısından kritik öneme sahip olabilmektedir. Bu nedenle belirtiler durumlarda ağrı değerlendirilmesi yapılması nitelikli bakım verme açısından önemlidir. Ağrı değerlendirilmesi sırasında objektif bir ölçüm yapabilmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

2.5.1. İletişim Kurabilen Hastalarda Kullanılan Ölçekler

Ağrı değerlendirilmesi sırasında hastayla iletişim kurabiliyor olmak değerlendirmeyi kolaylaştıran durumlardan biridir. İletişim kurabilen hastalar için kullanılan ağrı değerlendirme ölçekleri aşağıdaki şekildedir.

2.5.1.1. Tek Boyutlu Ölçekler

- **Sözel kategori ölçeği:** Tanımlayıcı nitelikteki bu ölçekte hastadan ağrısını tanımlayan en uygun ifadeyi belirtmesi beklenmektedir. “Hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” kelimeleriyle alınan yanıtlarda hastanın hissettiği ağrıyı nasıl algıladığı anlaşılmaya çalışılmaktadır. Ölçekteki maddelerin sadece kelimelerle sınırlı olması ölçek duyarlılığının az olduğunu göstermektedir (64).
- **Sayısal ölçekler:** Bu tipteki ölçeklerde ağrının şiddetine dair bir sayısal değer verilmesi hastadan istenmektedir. 10 ile 100 arasındaki sayıların ağrının şiddetine atfedilmesi ile değerlendirilme yapılmaktadır. Bu tip ölçeklerde hastaların ağrılarını daha yüksek seviyelerde tanımladıkları bildirilmektedir (10).
- **Görsel kıyaslama ölçeği:** Görsel kıyaslama ölçeğinde bir ucu ağrının yokluğunu bir ucu ise dayanılmaz ağrıyı ifade eden bir cetvel çizgisinde işaretleme yapması istenmektedir. Hasta işaretlediği bölgeye göre ağrının şiddetini bildirmektedir. Bu yöntemde rastgele işaretleme yapma ihtimalinin yüksek olması eleştirilen noktalardan biridir (47, 48).
- **Yüz ifadesi ölçeği:** Bu ölçüm tipinde 0-10 arasındaki değerler yüz ifadesi görüntüleriyle tanımlanmaktadır. Başka bir dili konuşan hastaların, mental yetersizliğe sahip olanların veya çocukların ağrılarının değerlendirilmesinde işlevsel olan ölçümlerden biridir. Benzer şekilde hastanın sözel ifadelere açık olmadığı durumlarda da kullanılabilir. Yapılan bir araştırmada operasyon sonrası dönem ağrı değerlendirmelerinde hastaların en fazla tercih ettikleri ölçeğin yüz ifadesi ölçeği olduğu bildirilmiştir (54). Özer ve Akyürek (2015) tarafından yürütülen araştırmada da hastaların yüz ifadeleri ölçeğini

sıklıkla tercih ettikleri bildirilmiştir (50). Hastalar tarafından kullanımının kolay ve basit olmasının tercih nedeni olduğu düşünülmektedir.

- **Burford ağrı termometresi:** Daha az kullanılan bir ölçek olan Burford termometresi numalarla kombine edilmiş şekilde kullanılan sözlü ifade ölçeklerinden biridir (64).

2.5.1.2. Çok Boyutlu Ölçekler

- **McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF):** Dünyanın birçok ülkesinde kullanılan bu ölçek Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiştir. Giriş bölümünde hastaya ait tanıtıcı bilgiler yer almakta ve sonrasında ağrının şiddeti, zamanlaması, derinliği ve lokalizasyonuna dair ifadeler kaydedilmektedir (28).
- **Dartmouth Ağrı Puanı Formu:** Bu form MASF'yı tamamlamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda elde edilen değerlendirme ile ağrıya dair detaylı bilgi kaydedilmektedir (32).
- **West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi:** MASF'ye göre daha kısa olan çizelgede ağrının genel fonksiyonları tespit edilmeye çalışılmaktadır Bu çizelge daha çok kronik problemlerde kullanılmaktadır (35).
- **Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı:** Bu ölçekte hastanın ruhsal durumu ve ağrının seyrine yönelik detaylı kayıt tutulmaktadır (32).

2.5.2. İletişim Kuramayan Hastalarda Kullanılan Ölçekler

Ağrı değerlendirmede ilk başvuru kaynağı bireyin ifadeleri olsa da bireyden geribildirim alınamadığı durumlar da söz konusu olmaktadır. İleri boyutta psikiyatrik rahatsızlığa sahip kişiler, sağlık ekibinden farklı bir dili konuşalar, endotrakeal tüp takılı olanlar, yenidoğanlar veya kültürel yapıları nedeniyle sağlık ekibi ile iletişim kuramayan hasta gruplarında ağrı bildirimini alabilmek mümkün olmamaktadır. Yoğun bakım ünitesinde tedavi almakta olan hastalara uygulanan işlem sayısının fazla

olması ağrıyı arttırabilmektedir. Bilinci kapalı veya hareket kısıtlılığı olan bu hastalarda ağrı değerlendirilmesinin çok yönlü yapılması gerekmektedir (36, 39, 43).

Sağlık ekibi ile iletişim kuramayan hastalarda ağrı değerlendirmesi aşağıdaki şekilde yapılmaktadır (28, 29):

- Hastanın kendi ifadesinin alınabileceği yöntemlerin tanımlanması. Örneğin sadece göz hareketi yapabilen hastalarda göz kırpması şekli ile ağrıya dair ifadenin öğrenilmesi.
- Hastanın ağrısının hangi durumlardan kaynaklı olabileceğini belirlemek. Cerrahi operasyon geçirmiş kişilerde yara bakımı kaynaklı ağrılara dikkat etmek.
- Yüz buruşturma, göz kapatma veya diş sıkma gibi davranışsal ağrı belirtilerini gözlemlemek.
- Ağrıya dair fizyolojik belirtilere dikkat etmek.
- Ağrıya ilişkin bulguları kayıt altına almak ve ilgili kayıtlar yönünde müdahalede bulunmak.
- Uygun zaman söz konusu olduğunda hasta yakınlarından ağrı deneyimine dair görüş almak.
- Davranışsal ağrı ölçeklerinden yararlanmak. .

Davranışsal Ağrı Ölçeği (DAÖ)

Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerden biri Davranışsal Ağrı Ölçeği (DAÖ)'dir. Bu ölçekte hastanın üst ekstremitelerdeki hareketleri, ventilasyona uyumu ve yüz ifadesini kapsayan üç alt bölüm söz konusudur. Bu alt bölümlerin her birinde dört madde olup toplamda 12 madde yer almaktadır. Bu maddelerden elde edilen puanların 5'in üzerinde olması hastanın ağrı yaşadığını ifade etmektedir. Yoğun bakım tedavisi altında ve sedasyonda olan hastalarda DAÖ ile birlikte Ramsay

Sedasyon Ölçeği ve Motor Hareket Değerlendirme Ölçeğinin kullanılması önerilmektedir (13).

Kritik Bakım Ağrı Gözlem Aracı (CPOT)

Kritik Bakım Ağrı Gözlem Aracı (CPOT)'de ekstübe ve entübe hastaların ağrı değerlendirmesi için dört alt bölüm bulunmaktadır. Bu maddelerde hastanın yüz ifadesi göstergeleri, vücut pozisyonu, kas gerilimi ve ventilatöre uyumu birlikte ele alınmaktadır. Bu maddelerden alınan en yüksek puan 8'dir. Alınan yüksek puanlar hastanın ağrı yaşantısının varlığına işaret etmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar CPOT'nin ağrı ölçme duyarlılığını yüksek olduğunu göstermektedir (36).

Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği (NVPS)

Hastanın sözel veri alınamadığı entübe ve sedatize durumlar için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçekte yüz, aktivite/ hareket, uyanıklık, yaşamsal bulgular ve solunum olmak üzere beş değerlendirme alanı vardır. Bu değerlendirme dört saat aralıklarla yapılarak hastanın durumu kontrol edilmektedir. Değerlendirmeden alınan maksimum puan 10 olup, yüksek puanlar şiddetli ağrı yaşantısına işaret etmektedir (15).

Wong-Baker Yüz Ağrı Ölçeği

Küçük çocuklar ve kognitif bozukluğu olan kişilerin ağrı değerlendirmelerini yapmak için geliştirilen bu ölçekte altı farklı yüz ifadesi yer almaktadır. Bu yüz ifadeleri 0-10 arası puanlamayla birlikte ele alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar şiddetli ağrıya işaret etmektedir (63).

2.6. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hasta ile yakın temas halinde olan ve bakım verme ile sorumluluğuna sahip hemşirelerin ağrı yönetimi alanında aktif rol alması beklenmektedir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin ağrının fizyolojisi ve emosyonel etki mekanizmaları konusunda bilinçli olmaları beklenmektedir. Ağrı yönetiminin etkin şekilde yürütülebilmesi için hemşirelerin doğru değerlendirme yapabilmeleri ve tedavi seçenekleri konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir (13).

Her hastanın ağrı yönetimi desteği alma hakkının olması hemşirelerin bu alandaki yükünü arttırmaktadır. Hemşire ve hastanın etkin şekilde iletişimde olmaları, hemşirelerin ağrıyla baş etme konusunda gerekli rehberliği yapmaları ağrı yönetiminin vazgeçilmez noktaları arasındadır. Bu sebeple ağrı yönetimi konusunda sağlık ekibi içinde hemşirelerin büyük sorumluluk aldığı görülmektedir (66). Hemşirelerin ağrı yönetimi alanındaki çalışmaları incelendiğinde genellikle ilaçla tedavi yöntemini seçtikleri görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin ağrı yönetimi alanında ilaç dışı yöntemlere çok fazla başvurmadıkları ve bu yöntemler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları bildirilmektedir. Bu durumun ağrı yönetiminin etkisinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir (32).

Hemşirelerin ağrı yönetiminde kendi bilgi becerilerinin yanı sıra kültürel kabulleri ve kişisel deneyimleri de etkili olmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar hemşirelerin ağrı yönetiminde aldıkları kararlarda hastanın içinde bulunduğu tanımlamaktan ziyade ağrıyla ilgili tutumları etkili olmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin ağrı yönetiminde profesyonel bir yaklaşım sergileyebilmeleri için kendi tutumlarının farkında olmaları ve hastanın değerlendirilmesinde hastayı baz almaları gerekmektedir (67).

Görüldüğü üzere hemşireler ağrı yönetimi konusunda oldukça önemli rollere sahiptirler. Bu süreçte hemşirelerin üstlendikleri sorumlulukları şu şekilde özetlemek mümkündür (22):

Ağrı değerlendirme sürecinde: Hastanın ağrı deneyiminin belli periyotlarla ölçülmesi ve bu ölçümlerin objektif ölçeklerle yapılması hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu değerlendirmede tedavi öncesi ve sonrasındaki seyir izlenmekte ve ağrının nedenleri anlaşılmaya çalışılmaktadır. Hastanın sergilediği fizyolojik ve davranışsal belirtiler takip edilerek ağrının şiddetine yönelik tahminde bulunmaları söz konusudur.

Ağrı tedavisi sürecinde: Değerlendirmenin ardından uygulanacak tedavi süreci boyunca analjeziklerin uygulanması hemşirelerin sorumluluğundadır. Opioid kullanımında bilinçli davranmak ve ilaç dışı yöntemlerle tedaviyi desteklemek ağrı yönetimi alanındaki kilit roller arasındadır (16).

Komplikasyonların önlenmesi süreci: Ağrı tedavisinde oluşabilecek yan etkilerin ve solunum depresyonu noktasında hastanın belirtilerini takip etmek hemşirelerin sorumluluğu alanındadır. Bazı hastalarda solunum depresyonu geliştiğinde ise aşağıda yer alan basamakların uygulanması gerekmektedir (22, 34):

- İnfüzyonu durdurmak
- Hava yolu açıklığını sağlamak
- Oksijen ve ambuyu hazırlamak
- İlgili hekimi haberdar etmek
- Naloksanı hazırlamak
- Bilinç durumu ve yaşam bulgularını takip etmek.

Hasta ve ailesinin eğitimi süreci: Hastanın ağrı konusunda bilgilendirilmesi ve kaygılarının giderilmesi hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu süreçte ağrının değerlendirilmesi, tedavi yöntemleri, ağrıyla mücadele etme gibi konularda hasta ve hasta yakınlarına gerekli rehberlik sağlanmaktadır.

Ağrı yönetiminin değerlendirilmesi ve kayıt tutma sürecinde: Ağrı yaşantısının seyrinin değerlendirilmesi ve uygulanan tedavinin etkilerinin gözlenmesi hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu süreçteki gerekli bilgiler hemşireler tarafından kayıt altına alınmakta ve gerekli durumlarda diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşılmaktadır.

2.7. Ağrı Yönetiminde Teknolojinin Kullanımı

Teknolojik ilerlemeler sağlık alanında oldukça önemli gelişmeler kaydedilmesini sağlamıştır. Geliştirilen yazılımlar ve teknolojik araçlar tanı, görüntüleme ve tedavinin her aşamasında sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktadır. Hastaya dair tüm verilerin yazılımlar aracılığıyla kayıt altına alınabiliyor olması geleneksel yöntemlerin getirdiği dezavantajların sona ermesini de sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar ağrı yönetimi alanında çeşitli teknolojik araçların

kullanıldığını ancak henüz yeterince ilerleme kaydedilmediğini göstermektedir (31, 37, 49).

Ağrı yönetimindeki teknolojik uygulamaların genellikle ağrı azaltma odaklı girişimler olduğu görülmektedir. Farmakolojik yöntemlerin ilaç toleransı ve bağımlılık yan etkilerinin en aza indirgenmesi için teknolojiden faydalanılmaktadır. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ağrı yönetiminde sanal gerçeklik teknolojilerinin kullanıldığı görülmektedir. Kanserli hastalarla yürütülen bir araştırmada sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak hastanın dikkatini başka bir yöne çekerek ağrı yönetimi yapıldığı anlaşılmaktadır (49, 50). Başka bir araştırmada da yine sanal gerçeklik teknolojisi ile kronik ağrı yönetiminde başarılı olunduğu görülmüştür (31, 37, 49).

Ağrı yönetimi ve teknoloji alanında yapılan çalışmaların çoğunlukla ağrıyla mücadele noktasında ele alındığı görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin ağrı yönetiminde girişim kontrol sistemlerini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Teknoloji çağında özellikle sağlık alanında verilerin uygun bir şekilde toplanıp işlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için çok önemlidir. Bu araştırma ile geliştirilecek sistemde hemşirelerin ağrı yönetimi becerilerinin desteklenmesine katkı sağlanacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin ağrıyı yönetebilme becerisinin geliştirilmesine yönelik Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sistemi'nin etkinliğini incelemek amacı ile tanımlayıcı-gözlemsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde Mayıs-Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmakta olan hemşireler (N=12) oluşturmuştur.

Örneklem ise İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmakta olan 10 hemşirenin ağrı yönetimini gerçekleştirmeleri sırasındaki işlemleri/girişimleri oluşturmuştur. Bu bağlamda her bir hemşire 20 defa gözlemlenmiş olup toplamda 200 girişimin gözlemlenmesiyle süreç yönetilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın örneklemi ağrı yönetimine ilişkin 200 girişim oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmakta olan hemşireler ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler dahil edilmiştir.

Araştırma Dışlama Kriterleri: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Dahiliye Gözlem Birimi'nde görev yapmayan ve araştırmaya katılım konusunda gönüllü olmayan hemşireler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hemşirelerin ağrı yönetimi adımlarıdır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleki çalışma süresi, acil dahiliye gözlem biriminde çalışma süresi ve çalışma periyodudur.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri ve Uygulanma Süreçleri

Veriler toplanırken hemşirelerin ağrı yönetimi davranışlarına etki etmemek için araştırmacı hemşirenin çalıştığı acil dahili gözlem birimi tercih edilmiştir. Veriler araştırmacı hemşirenin kendi çalışma saatleri içerisinde toplanmış ve katılımcı hemşireler gözlemlenirken hemşirelere gözlemlendiklerine dair bilgi verilmemiştir. Bilgilendirilmiş onamları da veri toplamaya başlamadan 2 hafta öncesinde alınmıştır. Kayıtlar bilgisayara hemşirelerin görmeyeceği bir alanda girilmiştir. Veriler bu şekilde elde edilerek hemşirelerin ağrı yönetimi davranışlarına etki etme olasılığı en aza indirilmeye çalışılmıştır.

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlki Hemşirelikte Yönetiminde Girişim Kontrol Sisteminin Geliştirilmesidir. İkinci aşama ise ilgili kontrol sistemi kullanılarak hemşirelerin ağrı yönetiminde uyguladıkları adımların gözlemlenerek verilerin toplanmasıdır.

Hemşireler 24 saatlik çalışma vardiyasında gözlemlenmiş ve her bir katılımcı hemşirenin en az 20 ağrı yönetimi adımı gözlemlenerek geliştirilen Girişim Kontrol Sistemine kayıt edilmiştir.

3.5.1. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sisteminin Oluşturulması

Ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi birçok metot ve aşamayı içinde

bulundurmaktadır. Ağrı yönetiminin etkin ve doğru yapılması her hastanın hakkıdır bu nedenle ağrı yönetiminde izlenen adımlar kritik önem taşımaktadır (2).

Ağrının değerlendirilmesinden, kullanılan ağrı skalalarına, ağrı tedavisi için uygulanan girişimlere ve tüm girişimler sonrası ağrının yeniden değerlendirilmesi sürecine kadar olan bu süreçte işlem ve adımların doğru bir şekilde yerine getirilmesi hem ağrı yönetimi yapan hemşire, hem de hasta açısından son derece önemlidir.

Hazırlanan grafiksel kullanıcı arayüzü Windows tabanlı bilgisayarlar için C# programlama dilinde ve “Windows Forms” uygulaması olarak “Microsoft Visual Studio” yazılımında hazırlanmıştır. Grafiksel kullanıcı arayüzü, ağrı yönetimi adımlarını her metot için detaylı olarak içerir.

3.5.2. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi ile Verilerin Toplanması

Araştırmamızda geliştirilen girişim kontrol sistemi yazılımında veri tabanı altyapısı olarak Firebase Realtime Database kullanılmıştır. Araştırma verileri hemşirelerin 24 saatlik çalışma periyotlarında toplanmış olup her bir hemşirenin ağrı yönetiminde uyguladıkları adımlar gözlemlenmiştir. Yazılım arayüzüne hemşirelerin sosyodemografik bilgileri ve ağrı yönetiminde uyguladıkları adımlara etki edeceği düşünülen mesleki çalışma süresi, acil dahili gözlem biriminde çalışma süresi vb. bilgileri girilerek hemşireler Hemşire 1, Hemşire 2 ... Hemşire 10’a kadar kodlama yapılarak kaydedilmiştir (Şekil 3.1).

Şekil 3.1. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi
Hemşire Kayıt Bölümü

Arayüzden “İşlem- 1 Ağrının Değerlendirilmesi” seçilerek hemşirenin uyguladığı adımlar takip edilmiştir (Şekil 3.2). Sonraki aşamada ise ağrı yönetiminin her bir adımı; ağrının değerlendirilmesi, kullanılan ağrı skalaları, ağrı tedavisinin planlanması, ağrı yönetimi için kullanılan yöntemler, ağrının yeniden değerlendirilmesi ve ağrı tedavisinin değerlendirilmesi olmak üzere toplamda 6 kategori doğrultusunda takip edilmiştir (Şekil 3.3).

Şekil 3.2. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi İşlem
Seçim Bölümü

Şekil 3.3. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi Kategorileri

Sonraki aşamada hemşirelerin ağrı yönetiminde izledikleri adımlar arayüz üzerinde bulunan bir buton yardımı ile işaretlenmiştir (Şekil 3.4). Ardından arayüz üzerinden adımları uygulayan hemşire seçilerek gözlemlenen ağrı yönetimi adımlarının yazılıma kaydedilmesi tamamlanmıştır (Şekil 3.5).



Şekil 3.4. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi
Adımları

Şekil 3.5. Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi
Takibin Tamamlanma Aşaması



Elde edilen tüm veriler Firebase’de toplanmıştır. Veriler toplandıktan sonra hemşirelere ağrı yönetiminde atladıkları adımlar için geri bildirimde bulunulmuştur. Girişim Kontrol Sistemi doğrultusunda hemşirelerin ağrı yönetimi gerçekleştirirken hangi adımı/ adımları uygulamadığı belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında, Oneway Anova Testi ve Student T Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın gerçekleştirilme takvimi Tablo 3.1’de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Zaman Çizelgesi

Çalışmalar	Mart- Haziran 2020	Temmuz- Aralık 2020	Ocak 2021	Şubat 2021	Mart- Nisan 2021	Mayıs- Haziran- Temmuz 2021	Ekim- Aralık 2022	Ocak 2023
Teze Hazırlık								
Literatür tarama, konu belirleme ve tez önerisi hazırlıkları								
Tez öneri sınavı								
Etik kurul başvurusu ve gerekli izinlerin alınması								
Hemşirelikte Ağrı Yönetiminde Girişim Kontrol Sisteminin Oluşturulması								
Veri toplama								
Verilerin Analizi								
Rapor Yazılımı								
Tez Sunumu								

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncelikle Araştırma ve Yayın Etiği bağlamında temel etik ilke ve değerler doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK 1) ve araştırmanın yürütüldüğü İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK 2) yazılı izinler alınmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan hemşireler araştırmanın tipini oluşturan tanımlayıcı-gözlemsel çalışma doğrultusunda ağrı yönetimi sırasında gözlemleneceklerine dair bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK 3).

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde girişim kontrol sistemi programı değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Bilgilerine Dair Bulgular

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	9	90,0
Erkek	1	10,0
Medeni Durum		
Evli	3	30,0
Bekar	7	70,0
Eğitim Düzeyi		
Lise	2	20,0
Ön Lisans	1	10,0
Lisans	5	50,0
Yüksek Lisans	2	20,0
Meslekte Çalışma Süresi		
1 Yıldan Az	2	20,0
1-2 Yıl	5	50,0
3-5 Yıl	2	20,0
6-10 Yıl	1	10,0
Acil Dahili Gözlem Biriminde Çalışma Süresi		
1 Yıldan Az	3	30,0
1-2 Yıl	6	60,0
3-5 Yıl	1	10,0
Ağrı Değerlendirme Sıklığı		
2 Saatte Bir	3	30,0
4 Saatte Bir	2	20,0
Günde 1 Kez	3	30,0
Günde 2 Kez	2	20,0
Toplam	10	100,0

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların demografik bilgilerine dair dağılımları görülmektedir. Katılımcıların %90'ı kadın, %10'u ise erkektir. Katılımcıların %70'i bekar bireylerden oluşuyorken %30'u ise evli

bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yarısı lisans (%50) mezunu olduğunu ifade ederken, %50'si de meslekte 1-2 yıldır çalıştığını belirtmiştir. Benzer biçimde ise %60'ının yine 1-2 yıldır acil dahili gözlem biriminde çalıştıkları bulunmuştur. Son olarak katılımcıların günlük ağrı değerlendirme sıklığına baktığımızda ise, %50'si 2 saatte bir ile 4 saatte bir, %50'si de günde bir kez ve iki kez ağrı değerlendirme de bulunduklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Yaşına İlişkin Bilgiler

Değişken	Min.	Max.	x	ss
Yaş	21.0	36.0	25.20	4.46

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarına dair bilgiler bulunmaktadır. Katılımcıların en küçüğü 21, en büyüğü 36 yaşındadır. Bunun yanında hemşirelerin yaş ortalaması 25.20 standart sapması ise 4.46'dır.

4.2. Hemşirelerin Ağrı Yönetim Adımları Uygulamasının İncelenmesi

Bu bölümde, ağrının değerlendirilmesi uygulamalarından biri olan adım uygulamalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Gözlem Dağılımı

Hemşire Numarası	N	Yüzde %	Kümülatif Yüzde
Hemşire 1	20	10.0	10.0
Hemşire 2	20	10.0	20.0
Hemşire 3	20	10.0	30.0
Hemşire 4	20	10.0	40.0
Hemşire 5	20	10.0	50.0
Hemşire 6	20	10.0	60.0
Hemşire 7	20	10.0	70.0
Hemşire 8	20	10.0	80.0
Hemşire 9	20	10.0	90.0
Hemşire 10	20	10.0	100.0
Toplam	200	100.0	

Tablo 4.3 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin gözlemlerine dair bilgiler sunulmuştur. Hemşireler toplamda 200 kere gözlemlenmiştir. Bütün hemşireler eşit sayıda gözlemlenmiştir. Hemşire gözlemleri arasındaki frekans ortalaması %10'dur. Hemşirelerin tümü ortalama 20 kere değerlendirildi.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımların Doğru ve Yanlış Dağılımı

Ağrının Değerlendirilmesi Adımları (6 Boyut)	Doğru	Yanlış
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1. Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir	192	8
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2. Hemşire, hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullanır.	194	6
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3. Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesi yapılır.	194	6
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4. Ağrının yeri.	196	4
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5. Ağrının yayılımı	186	14
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 6. Türü ve Nitelikleri (zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, kıvrandırıcı)	177	23
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 7. Başlangıcı (ağrının ilk başladığı zaman)	176	24
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 8. Süresi (ağrının devam ettiği zaman dilimi)	184	16
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 9. Sıklığı (ağrının yinelenme süresi)	174	26
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 10. Şiddeti (ağrı yok, hafif, orta şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz)	165	35
Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11. Günlük yaşama olan etkileri (uyku, beslenme, işe devamlılık vb.)	22	178
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1. Ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır	167	33
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 2. Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği	102	98
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 3. Davranışsal Ağrı Skalası (İletişim kurulamayan hastalar)	31	169
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 4. VAS (Vizüel Analog Skala)	51	149
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 5. Yüz (Wong-Baker) Ağrı Değerlendirme Ölçeği (İletişim Kurulamayan Hastalar İçin)	9	191
Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6. McGill Melzack Ağrı Ölçeği	12	188
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1. Ağrısı olan hasta için hemşire tarafından farmakolojik olmayan ağrı yönetimi çeşitlerinden hasta için uygun olanlar kullanılır.	188	12
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 2. Mümkünse ağrının etiyojisi ile ilgili faktörlerin saptanır.	191	9
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3. Hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir (kültürel özellikler, hastanın tedaviye katılım isteğinin derecesi, daha önceki başarılı ağrı azaltıcı stratejiler)	178	22
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4. İmmobilizasyon	152	48

(gerilme ve basıncı azaltacak pozisyon verilmesi)		
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 5. Dinlendirmek	155	45
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 6. Sıcak, soğuk ve masaj uygulamak	163	37
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7. Potansiyel olarak ağrılı olabilecek girişimler öncesinde, teknik bilgi vermek.	174	26
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 8. Ağrılı girişimler sırasında, psikolojik destek sağlamak.	181	19
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9. Ağrılı girişimler sırasında, dikkati başka yöne çekmek.	154	46
Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 10. Gevşeme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve rehberlik etmek (Örnek: hayal, kontrollü solunum).	31	169
Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler- Adım 1. Analjezikler	190	10
Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler- Adım 2. Girişimsel Yöntemler (Lokal enjeksiyonlar, sinir blokajları, ablasyon vb. gibi işlemler)	111	89
Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler- Adım 3. Non-Farmakolojik Tıbbi Yöntemler	53	147
Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1. Kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrı değerlendirilir	186	14
Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 2. Ağrının yeniden değerlendirilmesinde orta veya şiddetli ağrısı saptanan hastalarda; ilgili uzman hekime danışılarak yeni veya önceden planlanmış ağrı tedavisi uygulanır	181	19
Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3. Hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verilir	142	58
Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 1. Ağrının değerlendirilmesi sonucunda gerekli tedavi hastanın hekimi tarafından planlanır	195	5
Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2. Solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin olduğunun bulgusu olarak kabul edilebilir	172	28
Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 3. Hasta veya ailesine tedaviye rağmen ağrının azalmaması durumunda, bu durumu hemşire veya hekimine bildirmesi gerektiği söylenir	154	46
Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4. Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir	45	155

Tablo 4.4 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin ağrının değerlendirilmesine ait 200 ağrı değerlendirilmesi uygulamasına ait adımlardan elde

etmiş oldukları doğru ve yanlış değerleri gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin adımlardan en az birini doğru ya da yanlış yaptığı görülmektedir. Bunun yanında çoğunlukla doğru yapılan adımların yanında çoğunlukla yanlış yapılan adımların da olduğu tespit edildi.

4.3. Ağrının Değerlendirilmesi Uygulama Adımları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Bu bölümde ağrının değerlendirilmesi kapsamında uygulanan adımların birbirleri arasındaki ilişkileri verilmektedir. Araştırma bulguları incelendiğinde çok fazla bilgiye ulaşıldığından adımlar arası ilişkileri ortaya koyan belli başlı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.5. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Değ. Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 1	Yanlış	5	3	8	0.002*
	Doğru	1	191	192	
Toplam		6	194	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 1: Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 2: Hemşire, hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullanır.

Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.5 incelendiğinde;

- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 191 kişidir.

- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 3 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 1 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 5 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2’yi doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1’i de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.6. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 8 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Değ. Adım 8		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 1	Yanlış	3	5	8	0.017*
	Doğru	13	179	192	
Toplam		16	184	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 1: Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 8: Süresi (ağrının devam ettiği zaman dilimi).

Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 8 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.6 incelendiğinde;

- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 8 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 179 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 8 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 5 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 8 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 13 kişidir.

- Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 8 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 3 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 8’i doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1’i de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.7. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Değ. Adım 11		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 1	Yanlış	6	2	8	0.170
	Doğru	172	20	192	
Toplam		178	22	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 1: Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 11: Günlük yaşama olan etkileri (uyku, beslenme, işe devamlılık vb.).

Tablo 4.7 incelendiğinde Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.8. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Kullanılan Ağrı Skalası-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kul. Ağrı Skalası. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 1	Yanlış	6	0	6	0.167
	Doğru	143	51	194	
Toplam		149	51	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 1: Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir

Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 4: VAS (Vizüel Analog Skala).

Tablo 4.8 incelendiğinde Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 4 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.9. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Tedavinin Planlanması. Adım 7		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 1	Yanlış	4	4	8	0.010*
	Doğru	22	170	192	
Toplam		26	174	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 1: Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 7: Potansiyel olarak ağrılı olabilecek girişimler öncesinde teknik bilgi vermek.

Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.9 incelendiğinde;

- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 170 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 4 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de doğru yapan 22 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 1’de yanlış yapan 4 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 7'yi doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 1'i de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.10. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Tedavinin Planlanması. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 2	Yanlış	4	2	6	0.027*
	Doğru	44	150	194	
Toplam		48	152	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 2: Hemşire, hastanın tarif ettiği ağrıyla, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullanır.

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 4: İmmobilizasyon (gerilme ve basıncı azaltacak pozisyon verilmesi).

Ağrı Tedavinin Planlanması-Adım 4 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.10 incelendiğinde;

- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2'de doğru yapan 150 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2'de yanlış yapan 2 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2'de doğru yapan 44 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 2'de yanlış yapan 4 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4'ü doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2'yi de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.11. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kullanılan Yöntemler Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 2	Yanlış	3	3	6	0.306
	Doğru	86	108	194	
Toplam		89	111	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 2: Hemşire, hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullanır.

Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 2: Girişimsel Yöntemler (Lokal enjeksiyonlar, sinir blokajları, ablasyon vb. gibi işlemler).

Tablo 4.11 incelendiğinde Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 2 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.12. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Değ. Adım 5		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 3	Yanlış	3	3	6	0.005*
	Doğru	11	183	194	
Toplam		14	186	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesi yapılır.

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 5: Ağrının yayılımı.

Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.12 incelendiğinde;

- Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 3'te doğru yapan 183 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 3'te yanlış yapan 3 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 3'te doğru yapan 11 kişidir.
- Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 3'te yanlış yapan 3 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5'i doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3'ü de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.13. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Kullanılan Ağrı Skalası-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kul. Ağrı Skalası. Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 3	Yanlış	5	1	6	0.084
	Doğru	93	101	194	
Toplam		98	102	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesi yapılır.

Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 2: Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (İletişim Kurabilen Hastalar İçin).

Tablo 4.13 incelendiğinde Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 2 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.14. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Tedavinin Planlanması Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 3	Yanlış	3	3	6	0.120
	Doğru	45	149	194	
Toplam		48	152	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesi yapılır.

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3: Hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir (kültürel özellikler, hastanın tedaviye katılım isteğinin derecesi, daha önceki başarılı ağrı azaltıcı stratejiler).

Tablo 4.14 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 3 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.15. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kullanılan Yöntemler Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 4	Yanlış	4	0	4	0.038*
	Doğru	85	111	196	
Toplam		89	111	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 4: Ağrının yeri.

Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 2: Girişimsel Yöntemler (Lokal enjeksiyonlar, sinir blokajları, ablasyon vb. gibi işlemler).

Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.15 incelendiğinde;

- Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te doğru yapan 111 kişidir.
- Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te yanlış yapan kişi yoktur.
- Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te doğru yapan 85 kişidir.
- Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te yanlış yapan 4 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Yöntemi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 2'yi doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4'ü de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.16. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Yeniden Değ. Adım 1		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 4	Yanlış	2	2	4	0.024*
	Doğru	12	184	196	
Toplam		14	186	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 4: Ağrının yeri.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 1: Kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrı değerlendirilir.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.16 incelendiğinde;

- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te doğru yapan 184 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te yanlış yapan 2 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te doğru yapan 12 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 4'te yanlış yapan 2 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1'i doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 4'ü de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.17. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Yeniden Değ. Adım 1		Toplam	Continuity Correction
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 5	Yanlış	3	11	14	0.053
	Doğru	11	175	186	
Toplam		14	186	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 5: Ağrının yayılımı.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 1: Kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrı değerlendirilir.

Tablo 4.17 incelendiğinde Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 arasındaki ilişki Continuity Correction Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.18. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Tedavisinin Değ. Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 5	Yanlış	4	10	14	0.083
	Doğru	24	162	186	
Toplam		28	172	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 5: Ağrının yayılımı.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 2: Solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin olduğunun bulgusu olarak kabul edilebilir.

Tablo 4.18 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 5 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.19. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 6 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Tedavinin Planlanması Adım 3		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 6	Yanlış	7	16	23	0.005*
	Doğru	15	162	177	
Toplam		22	178	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6: Türü ve Nitelikleri (zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sıızlayıcı, kıvrandırıcı).

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3: Hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir (kültürel özellikler, hastanın tedaviye katılım isteğinin derecesi, daha önceki başarılı ağrı azaltıcı stratejiler).

Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 6 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.19 incelendiğinde;

- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 6'da doğru yapan 162 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Doğru olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 6'da yanlış yapan 16 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 6'da doğru yapan 15 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 Yanlış olup Ağrının Değerlendirilmesi - Adım 6'da yanlış yapan 7 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3'ü doğru yapanların Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 6'da da doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.20. Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Değ. Adım 11	Yanlış	139	39	178	0.172
	Doğru	16	6	22	
Toplam		155	45	200	

Ağrının Değerlendirilmesi Adım 11: Günlük yaşama olan etkileri (uyku, beslenme, işe devamlılık vb.).

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4: Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.

Tablo 4.20 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrının Değerlendirilmesi-Adım 11 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.21. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Tedavisinin Planlanması Adım 9		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Kul. Ağrı Skalası Adım 1	Yanlış	12	21	33	0.026*
	Doğru	34	133	167	
Toplam		46	154	200	

* $p < 0.05$

Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1: Ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır.

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 9: Ağrılı girişimler sırasında, dikkati başka yöne çekmek.

Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 ile Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Test p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.21 incelendiğinde;

- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Doğru olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1’de doğru yapan 133 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Doğru olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1’de yanlış yapan 21 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Yanlış olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1’de doğru yapan 34 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9 Yanlış olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1’de yanlış yapan 12 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 9’u doğru yapanların Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 1’de de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.22. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 4		Toplam	Continuity Correction
		Yanlış	Doğru		
Kul. Ağrı Skalası Adım 3	Yanlış	132	37	169	0.159
	Doğru	23	8	31	
Toplam		155	45	200	

Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 3: Ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4: Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.

Tablo 4.22 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 3 arasındaki ilişki Continuity Correction Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.23. Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Yeniden Değ. Adım 3		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Kul. Ağrı Skalası Adım 6	Yanlış	58	130	188	0.014*
	Doğru	0	12	12	
Toplam		58	142	200	

* $p < 0.05$

Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 6: McGill Melzack Ağrı Ölçeği.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verilir.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.23 incelendiğinde;

- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Doğru olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6'da doğru yapan 12 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Doğru olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6'da yanlış yapan 130 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Yanlış olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6'da doğru yapan kişi yoktur.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Yanlış olup Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6'da yanlış yapan 58 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü doğru yapanların Kullanılan Ağrı Skalaları-Adım 6'da yanlış yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.24. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kullanılan Yöntemler Adım 3		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 1	Yanlış	6	6	12	0.048*
	Doğru	141	47	188	
Toplam		147	53	200	

* $p < 0.05$

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 1: Ağrısı olan hasta için hemşire tarafından farmakolojik olmayan ağrı yönetimi çeşitlerinden hasta için uygun olanlar kullanılır.

Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 3: Non-Farmakolojik Tıbbi Yöntemler (Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon uzman hekimi tarafından belirlenen tedavi programı uygulanır.).

Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.24 incelendiğinde;

- Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Doğru olup Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1'i doğru yapan 47 kişidir.
- Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Doğru olup Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1'i yanlış yapan 6 kişidir.
- Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Yanlış olup Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1'i doğru yapan 141 kişidir.
- Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 Yanlış olup Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1'i yanlış yapan 6 kişidir.

Sonuç olarak Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3'ü doğru yapanların Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 1'de de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.25. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Kullanılan Yöntemler Adım 1		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3	Yanlış	1	21	22	0.394
	Doğru	9	169	178	
Toplam		10	190	200	

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3: Hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir (kültürel özellikler, hastanın tedaviye katılım isteğinin derecesi, daha önceki başarılı ağrı azaltıcı stratejiler).

Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 1: Analjezikler.

Tablo 4.25 incelendiğinde Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 3 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.26. Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 10 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 10	Yanlış	131	38	169	0.184
	Doğru	24	7	31	
Toplam		155	45	200	

Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 10: Gevşeme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve rehberlik etmek (Örnek: hayal, kontrollü solunum).

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4: Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.

Tablo 4.26 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrı Tedavisinin Planlanması-Adım 10 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.27. Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 3 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrının Yeniden Değ. Adım 3		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrı yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 1	Yanlış	18	129	147	0.016*
	Doğru	1	52	53	
Toplam		19	181	200	

* $p < 0.05$

Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 1: Analjezikler.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verilir.

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.27 incelendiğinde;

- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Doğru olup Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1'i doğru yapan 52 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Doğru olup Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1'i yanlış yapan 129 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Yanlış olup Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1'i doğru yapan 1 kişidir.
- Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 Yanlış olup Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1'i yanlış yapan 18 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü doğru yapanların Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1'de yanlış yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.28. Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Yeniden Değ. Adım 1	Yanlış	13	1	14	0.109
	Doğru	142	44	186	
Toplam		155	45	200	

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 1: Kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrı değerlendirilir.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4: Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.

Tablo 4.28 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.29. Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 2		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrının Yeniden Değ. Adım 3	Yanlış	3	55	58	0.011*
	Doğru	25	117	142	
Toplam		28	172	200	

* $p < 0.05$

Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 3: Hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verilir.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 2: Solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin olduğunun bulgusu olarak kabul edilebilir.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlıdır. Tablo 4.29 incelendiğinde;

- Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Doğru olup Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü doğru yapan 117 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Doğru olup Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü yanlış yapan 55 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Yanlış olup Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü doğru yapan 25 kişidir.
- Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2 Yanlış olup Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'ü yanlış yapan 3 kişidir.

Sonuç olarak Ağrının Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 2'yi doğru yapanların Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi-Adım 3'de de doğru yapmaya yöneldikleri söylenebilir.

Tablo 4.30. Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 1 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 Arasındaki Ki-Kare Analizi

Sayı		Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 4		Toplam	Fisher's Exact Test
		Yanlış	Doğru		
Ağrı Tedavisinin Değ. Adım 1	Yanlış	3	2	5	0.238
	Doğru	152	43	195	
Toplam		155	45	200	

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 1: Ağrının değerlendirilmesi sonucunda gerekli tedavi hastanın hekimi tarafından planlanır.

Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4: Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.

Tablo 4.30 incelendiğinde Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 4 ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi-Adım 1 arasındaki ilişki Fisher's Exact Testi p değerine bakıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

4.4. Ağrının Değerlendirilmesi Uygulamasında İşlemlerin Ortalaması İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmanın bu bölümünde toplamda 200 kere gözlemlenen hemşirelerin ağrının değerlendirilmesi uygulamasındaki doğru sayıları ile demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, acil dahili gözlem biriminde çalışma süresi, ağrı değerlendirme sıklığı, yaş) arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 4.31. Tüm Adımların Ortalamaları ile Demografik Değişkenlere Ait Normallik Testi

Normallik Testi Shapiro-Wilk					
	İstatistik	Sd	p	Çarpıklık	Basıklık
Adım Sayısı	0.847	10	0.171	0.234	1.071
Yaş	0.795	10	0.030*	0.234	1.071
Çalışma Yılı	0.896	10	0.342	0.234	1.071
Cinsiyet	0.785	10	0.011*	0.234	1.071
Medeni Durum	0.924	10	0.104	0.234	1.071
Eğitim Düzeyi	0.882	10	0.067	0.234	1.071
Acil Dahili Gözlem Biriminde Çalışma Süresi	0.779	10	0.314	0.234	1.071
Ağrı Değerlendirme Sıklığı	0.924	10	0.097	0.234	1.071

*p<0.05, Sd: Serbeslik Derecesi

Tablo 4.31 incelendiğinde araştırmanın normallik değerleri görülmektedir. Tabloya göre yaş ve cinsiyet değişkenlerinin anlamlılık değerleri normal dağılım eğrisine sahip olduğu görülmektedir. Bunun yanında çarpıklık ve basıklık değerlerinin de kabul edilebilir uluslararası kriterlerin içinde yer aldığı görülmektedir (± 2).

Tablo 4.32. Hemşirelerin Medeni Durumları, Yaşları ve Eğitim Düzeyleri İle Ağrının Değerlendirilmesi Uygulaması Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	5. Adım		6. Adım		9. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor
Medeni Durum						
Evli			%76.7	%23.3	%81.7	%18.3
Bekar			%93.6	%6.4	%89.3	%10.7
			11,793 0.001		2.156 0.142	
Yaş Grubu						
18-25	%96.7	%3.3	%93.3	%6.7	%89.2	%10.8
26 ve üzeri	%87.5	%12.5	%81.3	%18.8	%83.8	%16.3
	6.196 0.013		6.886 0.009		1.245 0.264	
Eğitim Durumu						
Lise ve Önlisans			%91.7	%8.3	%83,3	%16,7
Lisans			%93.0	%7.0	%93,0	%7.0
Yüksek lisans			%27.5	%72.5	%77.5	%22.5
			12.642 0.002		7,088 0.029	

Tablo 4.32 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumları, yaşları ve eğitim düzeyleri ile ağrının değerlendirilmesi uygulama adımlarına dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin yaş grupları ile Ağrının Değerlendirilmesi Adım 5 ve Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Benzer biçimde hemşirelerin medeni durumları ile Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6 arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Son olarak hemşirelerin eğitim düzeyleri ile Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6 ve Ağrının Değerlendirilmesi Adım 7 arasında da anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.33. Hemşirelerin Medeni Durumları, Meslekte Çalışma Süresi, Acil Gözlem Biriminde Çalışma Süresi ve Eğitim Düzeyleri İle Kullanılan Ağrı Skalası Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	1. Adım		3. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor
Medeni Durum				
Evli	%75,0	%25,0	%18,3	%81,7
Bekar	%87,1	%12,9	%14,3	%85,7
	4,495 0,034		3,525 0,048	
Eğitim Durumu				
Lise ve Önlisans	%100,0	%0,0	%13,3	%86,7
Lisans	%74,0	%26,0	%6,0	%84,0
Yükseklisans	%82,5	%17,5	%17,5	%82,5
	18,436 0,000		0,356 0,837	
Meslekte Çalışma Yılı				
1 Yıldan Az	%60,0	%40,0	%20,0	%80,0
1-2 Yıl	%90,0	%10,0	%13,0	%87,0
3 Yıl ve Üzeri	%88,3	%11,7	%16,7	%83,3
	20,117 0,000		1,158 0,560	
Acil Gözlem Birimindeki Çalışma Süresi				
1 Yıldan Az	%70,0	%30,0	%20,0	%80,0
1 Yıl ve üzeri	%89,3	%10,7	%13,6	%86,4
	11,338 0,001		1,325 0,250	

Tablo 4.33 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumları, meslekte çalışma süresi, acil gözlem biriminde çalışma süresi ve eğitim düzeyleri ile kullanılan ağrı skalaları adımlarına dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin medeni durumları ile Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1 ve Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 3 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bunun yanında Hemşirelerin eğitim durumları, meslekte çalışma süresi ve acil gözlem biriminde çalışma süreleri ile Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1 arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.34. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durumları, Meslekte Çalışma Süresi, Acil Gözlem Biriminde Çalışma Süresi, Ağrı Değerlendirme Sıklığı ve Eğitim Düzeyleri İle Ağrı Tedavisinin Planlanması Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	3. Adım		4. Adım		5. Adım		7. Adım		9. Adım		10. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor
Yaş Grubu												
18-25	%90,8	%9,2	%75,8	%24,2	%80,8	%19,2	%93,3	%6,7	%76,7	%23,3	%15,0	%85,0
26 ve üzeri	%86,3	%13,8	%76,3	%23,8	%72,5	%27,5	%77,5	%22,5	%77,5	%22,5	%16,3	%83,8
	1,030 0,310		0,005 0,946		1,912 0,167		10,640 0,001		0,019 0,891		0,057 0,811	
Medeni Durum												
Evli	%83,3	%16,7	%70,0	%30,0	%71,7	%28,3	%76,7	%23,3	%78,3	%21,7	%8,3	%91,7
Bekar	%91,4	%8,6	%78,6	%21,4	%80,0	%20,0	%91,4	%8,6	%76,4	%23,6	%18,6	%81,4
	2,811 0,094		1,692 0,193		1,673 0,196		8,092 0,004		0,086 0,769		3,361 0,067	
Eğitim Durumu												
Lise ve Önlisans	%88,3	%11,7	%65,0	%35,0	%81,7	%18,3	%96,7	%3,3	%80,0	%20,0	%18,3	%81,7
Lisans	%94,0	%6,0	%90,0	%10,0	%76,0	%24,0	%87,0	%13,0	%74,0	%26,0	%16,0	%84,0
Yükseklisans	%77,5	%22,5	%57,5	%42,5	%75,0	%25,0	%72,5	%27,5	%80,0	%20,0	%10,0	%90,0
	7,984 0,018		22,231 0,000		0,870 0,647		12,393 0,002		1,016 0,602		1,311 0,519	
Meslekte Çalışma Yılı												
1 Yıldan Az	%90,0	%10,0	%87,5	%12,5	%77,5	%22,5	%87,5	%12,5	%62,5	%37,5	%2,5	%97,5
1-2 Yıl	%92,0	%8,0	%80,0	%20,0	%79,0	%21,0	%90,0	%10,0	%80,0	%20,0	%20,0	%80,0
3 Yıl ve Üzeri	%83,3	%16,7	%61,7	%38,3	%75,0	%25,0	%81,7	%18,3	%81,7	%18,3	%16,7	%83,3
	2,928 0,231		10,535 0,005		0,344 0,842		2,314 0,314		5,995 0,050		6,770 0,034	
Acil Gözlem												

Birimindeki Çalışma Süresi												
1 Yıldan Az	%90,0	%10,0	%86,7	%13,3	%83,3	%16,7	%81,7	%18,3	%66,7	%33,3	%1,7	%98,3
1 Yıl ve Üzeri	%88,6	%11,4	%71,4	%28,6	%75,0	%25,0	%89,3	%10,7	%81,4	%18,6	%21,4	%78,6
	0,088 0,767		5,347 0,021		1,673 0,196		2,156 0,142		5,168 0,023		12,523 0,000	
Ağrı Değerlendirme Sıklığı												
2-4 saatte bir	%88,0	%12,0	%63,0	%37,0	%70,0	%30,0	%90,0	%10,0	%86,0	%14,0	%20,0	%80,0
Günde 1 kez	%88,3	%11,7	%86,7	%13,3	%85,0	%15,0	%78,3	%21,7	%73,3	%26,7	%13,3	%86,7
Günde 2 kez	%92,5	%7,5	%92,5	%7,5	%85,0	%15,0	%92,5	%7,5	%60,0	%40,0	%7,5	%92,5
	0,630 0,730		18,978 0,000		6,452 0,040		5,850 0,054		11,557 0,003		3,716 0,156	

Tablo 4.34 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, medeni durumları, meslekte çalışma süresi, acil gözlem biriminde çalışma süresi, ağrı değerlendirme sıklığı ve eğitim düzeyleri ile ağrı tedavisinin planlanması adımlarına dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin eğitim durumları ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Hemşirelerin eğitim durumları, meslekte çalışma süreleri, acil gözlem biriminde çalışma süresi ve ağrı değerlendirme sıklığı ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 4 arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında ağrı değerlendirme sıklığı ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 5 arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Hemşirelerin yaşları, medeni durumları ve eğitim durumları ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 7 arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Benzer biçimde hemşirelerin meslekte çalışma süreleri, acil gözlem birimindeki çalışma süreleri ve ağrı değerlendirme sıklıkları ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 9 arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Son olarak hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ve acil gözlem birimindeki çalışma süreleri ile Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 10 arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.35. Hemşirelerin Yaşları İle Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	2. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor
Yaş Grubu		
18-25	%91.7	%8.3
26 ve Üzeri	%92.5	%7.5
	55.045	
	0.017	

Tablo 4.35 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile kullanılan ağrı yönetimi için kullanılan yöntemlere dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin yaşları ile Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler Adım 2 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.36. Hemşirelerin Medeni Durumları ve Ağrı Değerlendirme Sıklıkları İle Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	2. Adım		3. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor
Medeni Durum				
Evli	%76.7	%23.3	%15.0	%85.0
Bekar	%85.0	%15.0	%9.3	%90.7
	4.020		1.401	
	0.019		0.237	
Ağrı Değerlendirme Sıklığı				
2-4 saatte bir	%84,0	%16,0	15,0%	85,0%
Günde 1 kez	%78,3	%21,7	6,7%	93,3%
Günde 2 kez	%85,0	%15,0	7,5%	92,5%
	3,051		3,286	
	0,044		0,039	

Tablo 4.36 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumları ve ağrı değerlendirme sıklıkları ile ağrının yeniden değerlendirilmesine dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin medeni durumu ve ağrı değerlendirme sıklıkları ile Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 2 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Benzer biçimde ağrı değerlendirme sıklığı ile Ağrının

Yeniden Değerlendirilmesi Adım 3 arasında da anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.37. Hemşirelerin Cinsiyeti ve Ağrı Değerlendirme Sıklıkları İle Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adımlarına İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	2. Adım		4. Adım	
	Yapıyor	Yapmıyor	Yapıyor	Yapmıyor
Cinsiyet				
Kadın	%52,2	%47,8	%25,6	%74,4
Erkek	%40,0	%60,0	%75,0	%75,0
	5,076 0,009		0,536 0,801	
Ağrı Değerlendirme Sıklığı				
2-4 saatte bir	%51,0	%49,0	%28,0	%72,0
Günde 1 kez	%51,7	%48,3	%23,3	%76,7
Günde 2 kez	%50,0	%50,0	%22,5	%77,5
	0,027 0,987		3,667 0,042	

Tablo 4.37 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetleri ve ağrı değerlendirme sıklıkları ile ağrı tedavisinin değerlendirilmesine dair bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyetleri ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 2 arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Benzer biçimde ağrı değerlendirme sıklığı ile Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 4 arasında da anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde; hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde girişim kontrol sistemi geliştirme araştırmasından elde edilen bulgular ilgili alanyazın kapsamında şu başlıklar altında tartışılmıştır:

1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin tartışılması
2. Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarını uygulama davranışlarının tartışılması
3. Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımları uygulaması doğru sayıları ile bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın tartışılması

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin yaş ortalamaları incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalaması 25.20 ± 4.46 'dır. Ağrı yönetimine dair literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde;

Öz (2022) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin yaş ortalaması 29.44 olarak bulunmuştur (48). Benzer biçimde Holl ve Carmack (2015) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin yaş ortalaması 27.4 olarak saptanmıştır (37). Lindsay ve Rosemary'nın (2014) araştırmalarında katılımcı hemşirelerin yaşları ortalaması 37.3 (43) ve Cohen'in (2021) çalışmasında da hemşirelerin yaş ortalaması 32.6 olarak tespit edilmiştir (10). İlgili alanyazın incelendiğinde katılımcı hemşirelerin yaş aralıklarının 20 ile 40 arasında değiştiğini ortaya koyan araştırmalara rastlanılmıştır (11, 53, 49). Gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yapılan hemşireleri kapsayan araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamasının 20-40 aralığında değiştiği görülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde 1 yıldan az ve 1-2 yıl arasında çalışma süresine sahip olan hemşirelerin oranının %70 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun yeni mezun ya da meslekte bir iki yıllık tecrübesi olan hemşirelerden oluştuğu saptanmıştır. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Özdağ ve İnkaya (2021) tarafından

yapılan araştırmada hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin 3.4 olduğu bulunmuştur (49). Yağcı ve Saygın (2019) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin çalışma süresi ortalamasının 4.2 olduğu görülmüştür (62). Holl ve Carmack (2015) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinde %39.8'inin 2-4 yıl arasında olduğu bildirilmiştir (37). Schwappach ve ark.'nın (2018) alışmasında hemşirelerin %46'sının 0-5 yıl, %22'sinin 6-10 yıl ve %32'sinin 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir (55). İlgili alanyazın incelendiğinde katılımcı hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin 0-5 yıl arasında olduğunu ortaya koyan araştırmalara rastlanılmıştır (60, 62). Hemşirelikle ilgili çalışmalar literatür kapsamında incelendiğinde hemşirelerin çalışma deneyimlerinin yaşları ile doğru orantılı olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin acil dahili gözlem biriminde çalışma sürelerine göre dağılımını incelendiğinde yarısından fazlasının (%60) 1-2 yıldır acil dahili gözlem biriminde çalıştıkları tespit edilmiştir. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde; zdağ ve İnkaya (2021) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin acil dahili gözlem biriminde çalışma sürelerinin 1.8 olduğu (49); Yağcı ve Saygın (2019) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin acil dahili gözlem biriminde çalışma süresi ortalamasının 2.8 olduğu görülmüştür (62). Schwappach ve ark.'nın (2018) alışmasında hemşirelerin %33'ünün 0-5 yıl acil dahili gözlem biriminde çalışma süresine sahip olduğu tespit edilmiştir (55). Hemşirelikle ilgili çalışmalar literatür kapsamında incelendiğinde hemşirelerin acil dahili gözlem biriminde çalışma deneyimlerinin yaşları ve meslekte bulunma süreleriyle ile doğru orantılı olarak farklılık gösterdiği görülmektedir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin eğitim durumlarına göre dağılımını incelendiğinde %50'sinin lisans, %20'sinin yüksek lisans ve %20'sinin de sağlık meslek lisesi mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılım gösteren hemşirelerin %70'inin lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Shdaifat ve ark. (2020) yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin %71.8'inin lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduklarını bildirmişlerdir (56). Benzer biçimde elik ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada da katılımcı hemşirelerin yarısından fazlasının lisans

düzeyinde (%58.4) eğitime sahip olduğu bildirilmiştir (14). İlgili alanyazın incelendiğinde katılımcı hemşirelerin eğitim düzeylerinin lisans ve lisansüstü olduğunu ortaya koyan araştırmalara rastlanılmıştır (60, 62, Özdağ ve İnkaya, 2021; 31). Gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yapılan hemşireleri kapsayan araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin eğitim düzeylerinin lisans düzeyinde olduğu belirlenmiştir (49).

5.2. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımlarının Uygulama Davranışlarının Tartışılması

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının toplamda 200 kez gözlemlendiği bu araştırmada **ağrının değerlendirilmesi aşamasında**; %96'sının hastanın ağrı durumunu ağrı skalaları kullanarak değerlendirdiği, %97'sinin hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullandığı, %96'sının hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesinin yapıldığı, %96'sının ağrının yerini doğru bildiği, %93'ünün ağrının yayılımını bildikleri, %88.5'inin ağrının türünü ve niteliklerini bildikleri, %88'inin ağrının ilk başladığı zamanı bildikleri, %92'sinin ağrının devam ettiği süreyi ve zaman dilimini bildikleri, %87'sinin ağrının yineleme süresini bildikleri ve %82.5'inin ağrının şiddetini bildiği görülürken, %89'unun ise ağrının günlük yaşama olan etkilerini bilmedikleri tespit edilmiştir. Özveren ve ark. (2018) tarafından yapılan bir araştırmada da hemşirelerin hastaların yaşamış olduğu ağrının günlük yaşama olan etkisini bilmediklerini bulmuştur (53). Modanloo ve ark. (2010) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %71.4'ünün hastanın yaşamış olduğu ağrı hakkında detaylı bilgiler verdiğini belirlemiştir (46).

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının **kullanılan ağrı skalaları aşamasında**; %83.5'inin ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumunu göz önüne aldığı ve %51'inin sayısal ağrı değerlendirme ölçeklerini kullandığı görülürken, %84.5'inin iletişim kuramayan hastalarda davranışsal ağrı ölçümlerini kullanamadıkları, %74.5'inin Vizüel Analog Skalasını kullanamadıkları, %95.5'inin Wong-Baker ağrı değerlendirme ölçeğini doğru kullanamadıkları ve %94'ünün McGill Melzack Ağrı Ölçeğini doğru

kullanamadıkları görülmüştür. Eşer ve ark. (2008) tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin %92'sinin ağrının türüne göre ağrı ölçümü kullandığını belirtmiştir (25).

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının **ağrı tedavisinin planlanması aşamasında**; %94'ünün ağrısı olan hasta için hemşire tarafından farmakolojik olmayan ağrı yönetimi çeşitlerinden hasta için uygun olanları kullandığı, %95.5'inin ağrının etiyojisi ile ilgili bilgileri doğru bildiği, %89'unun hastaya göre ağrı tedavisine doğru şekli verebildiği, %76'sının immobilizasyon'u doğru yaptığı, %77.5'inin hastayı dinlendirebildiği, %81.5'inin hastaya sıcak-soğuk masajı doğru uyguladığı, %87'sinin hastaya ağrı hakkında girişim öncesinde teknik bilgiler verdiği, %90.5'inin hastaya ağrılı girişimler esnasında psikolojik olarak destek sağladığı, %77'sinin ağrılı girişimlerde hastanın dikkatini başka yöne çekebildiği ve %84.5'inin de gevşeme yöntemleri hakkında hastaya rehberlik edemedikleri görülmüştür. Eşer ve ark. (2008) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %57'sinin hastanın ağrısına müdahale ederken farmakolojik (ilaç) tedavileri ikinci planda değerlendirdikleri bulunmuştur (25). Özveren ve ark. (2018) tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%82.4) hastaya göre doğru tedavi yöntemini uygulayabildiği saptanmıştır (53).

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının **ağrı yönetimi için kullanılan yöntemler aşamasında**; %95'inin analjezikleri doğru kullandığı, %55.5'inin girişimsel yöntemleri doğru yaptığı ve %73.5'inin de non-farmakolojik tıbbi yöntemleri doğru bilmedikleri görülmüştür. Yeşilyurt ve Faydalı (2020) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin %80'inin ağrı tedavisinde kullanılan girişimsel yöntemleri doğru uyguladığı bulunmuştur (63). Shdaifat ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin %64'ünün ağrı tedavisinde girişimsel yöntemleri doğru uyguladıklarını tespit etmiştir (56).

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının **ağrının yeniden değerlendirilmesi aşamasında**; %93'ünün kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrıyı değerlendirebildiği, %90.5'inin ağrının yeniden değerlendirilmesinde orta veya şiddetli ağrısı saptanan hastalarda; ilgili uzman hekime danışılarak yeni veya önceden planlanmış ağrı tedavisini

uygulayabildiği ve %71'inin de hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verdiği görülmüştür. Yılmaz ve Gürler (2011) tarafından yapılan çalışmada hastaların ameliyat sonrası yaşamış oldukları ağrı durumlarında görevli hemşirelerin tamamının hastanın durumunu ilgili hekime haber verdiklerini belirtmiştir (865). Lindsay ve ark. (2014) tarafından yapılan araştırmada hastanın yaşamış olduğu ağrı şiddetinde hemşirelerin tamamının ilgili hekime bilgi verdiği ve süreci takip ettiği vurgulanmıştır (43).

Hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının sonuncu olan **ağrı tedavisinin değerlendirilmesi aşamasında**; %97.5'inin ağrının değerlendirilmesi sonucunda gerekli tedavi, hastanın hekimi tarafından planlanabildiği, %86'sının solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin olduğunun bulgusu olarak kabul edildiği, %77'sinin hasta veya ailesine tedaviye rağmen ağrının azalmaması durumunda, bu durumu hemşire veya hekimine bildirmesi gerektiği söylediği ve %77.5'inin de uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olursa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyonu isteyemedikleri bulunmuştur. Modanloo ve ark. (2010) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası hasta ve ailesi süreç ile ilgili bilgilendirdikleri, olumsuzluk oluşması durumunda konuyu kendilerine bildirebileceklerini belirtmiştir (46). Benzer biçimde Shdaifat ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmada da hasta ve yakınlarının süreç sonunda görevli hemşireler tarafından bilgilendirildiği ve oluşabilecek herhangi bir olumsuzluk durumunda kendilerine durumu haber verebileceklerine dair konsültasyon bilgisini paylaştıklarını belirtmiştir (56).

5.3. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik İşlem Adımları Uygulaması Doğru Sayıları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Farklılığın Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin cinsiyetleri ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre kadın hemşirelerin Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi Adım 2'yi (solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin olduğunun bulgusu olarak kabul edilmesi)

erkek hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları bulunmuştur. Araştırma bulgusuyla benzerlik gösteren sonuçlara Aydın ve Bektaş (2019) tarafından yapılan araştırmalarında da ulaşılmıştır. Araştırmada kadın hemşirelik bölümü öğrencilerinde ağrının değerlendirilmesi adımları erkek hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur (4). Benzer biçimde Göl ve Onarıcı (2015) tarafından yapılan araştırmada da kadın hemşirelerde ağrının değerlendirilmesi adım prosedürlerini erkek hemşirelerden daha yüksek düzeyde yaptıkları tespit edilmiştir (33).

Çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Bekar hemşirelerin Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6'yı (türü ve nitelikleri; zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, kıvrandırıcı), Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1'i (ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır), Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 7'yi (potansiyel olarak ağrılı olabilecek girişimler öncesinde, teknik bilgi verme) ve Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi Adım 2'yi (ağrının yeniden değerlendirilmesinde orta veya şiddetli ağrısı saptanan hastalarda; ilgili uzman hekime danışılarak yeni veya önceden planlanmış ağrı tedavisi uygulanır) evli hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları bulunmuştur. Bunun yanında bekar hemşirelerin Ağrı Skalaları Adım 3'ü (iletişim kurulamayan hastalarda davranışsal ağrı skalası) ise evli hemşirelerden daha yüksek düzeyde yanlış yaptıkları da saptanmıştır. Göl ve Onarıcı (2015) tarafından yapılan araştırmada bekar hemşirelerin ağrıyı değerlendirme prosedürlerinde ağrının türünü ve niteliğini evli hemşire göre daha yüksek düzeyde doğru bildiklerini belirtmiştir (33). Özveren ve ark. (2018) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise evli hemşirelerde ağrının değerlendirilmesi, ağrının türü ve niteliği ile ilgili doğru adımlar bekar hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (53). Akın (2020) tarafından yapılan bir araştırmada da bekar hemşirelerde tedaviye ilişkin bilgileri doğru adımlarla verme düzeyi evli hemşirelerden yüksek bulunmuştur (2). Ülkemizde hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir araştırmada hemşirelerin hemodiyaliz hastalarına yönelik kullandıkları ağrı ölçümlerinin bekar bireylerden daha yüksek oranda doğru uyguladıkları saptanmıştır (51).

Çalışmada hemşirelerin yaşları ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre 18-25 yaş aralığında hemşirelerde Ağrının Değerlendirilmesi Adım 5'i (ağrının yayılımı), Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6'yı (türü ve nitelikleri; zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, kıvrandırıcı) ve Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 7'yi (potansiyel olarak ağrılı olabilecek girişimler öncesinde, teknik bilgi vermek) yaşları 26 ve üzeri olan hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında yaşları 26 ve üzeri olan hemşirelerin Kullanılan Yöntemler Adım 2'yi (girişimsel yöntemler; lokal enjeksiyonlar, sinir blokajları, ablasyon vb. gibi işlemler) ise 18-25 yaş aralığındaki hemşireden daha yüksek düzeyde doğru yaptığı bulunmuştur. Özer ve Ateş (2020) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin yaşları arttıkça ağrının değerlendirilmesine dair uygulama prosedürlerinin hata düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (51). Dirimeşe ve ark. (2016) tarafından yapılan hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri, kültürel farkındalıkları ve yeterlilikleri araştırmasında yaşları 22-24 arasında değişen öğrencilerde ağrının değerlendirilmesi adımlarını doğru yapma, yaşları 18-21 aralığındaki öğrencilerden yüksek bulunmuştur (19). İnanç Yılmaz ve Kanan (2021) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise yaş arttıkça hemşirelerin girişimsel yöntemleri doğru yapma düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (40).

Çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre meslekte çalışma süresi 1-2 yıl olan hemşirelerin Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1'i (ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır), Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 4'ü (immobilizasyon (gerilme ve basıncı azaltacak pozisyon verilmesi)) ve Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 9'u (ağrılı girişimler sırasında, dikkati başka yöne çekmek) 3 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları bulunmuştur. Bunun yanında 1 yıldan az çalışma süresine sahip olan hemşirelerin Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 10'u (gevşeme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve rehberlik etmek) 1-2 yıl çalışma süresine sahip hemşirelerden daha yüksek düzeyde yanlış yaptıkları saptanmıştır. Özveren ve ark. (2018) tarafından yapılan bir araştırmada mesleğe yeni

başlayan hemşirelerde ağrı skalalarını kullanırken daha çok yanlış yaptıkları bulunmuştur (53). Modanloo ve ark. (2010) tarafından yapılan araştırmada ise mesleğe yeni başlayan hemşirelerde ağrı ölçümlerini daha doğru ve tutarlı uyguladıkları saptanmıştır (46). Yeşilyurt ve Faydalı (2020) tarafından yapılan araştırmada mesleki çalışma süresi ile hemşirelerin ağrı tedavisini doğru olarak planlama arasında doğrusal yönde ilişki olduğu, mesleki çalışma süresi arttıkça ağrı tedavisini yüksek düzeyde doğru planladıkları bulunmuştur (63). Akın (2020) tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin çalışma süreleri ile ağrı tedavisini doğru olarak planlama arasında pozitif yönlü bir ilişkin olduğu, deneyim arttıkça ağrının daha doğru planlandığı sonucuna ulaşılmıştır (2).

Çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyleri ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre lisans mezunu olan hemşirelerin Ağrının Değerlendirilmesi Adım 6'yı (türü ve nitelikleri; zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, kıvrandırıcı), Ağrının Değerlendirilmesi Adım 7'yi (ağrının ilk başladığı zaman), Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 3'ü (hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir) ve Ağrı Tedavisinin Planlanması Adım 4'ü (immobilizasyon (gerilme ve basıncı azaltacak pozisyon verilmesi)) yüksek lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin Kullanılan Ağrı Skalaları Adım 1'i (ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır) ise lisans ve üzeri mezuniyete sahip hemşirelerden daha yüksek düzeyde doğru yaptıkları da bulunmuştur. Lindsay ve ark. (2014) tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi ile ağrının doğru değerlendirilmesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğunu, eğitim düzeyi arttıkça ağrının doğru değerlendirilmesinin de arttığı bulunmuştur (43). Modanloo ve ark. (2010) tarafından yapılan araştırmada da eğitim düzeyi ile hemşirelerin ağrıyı doru değerlendirmeleri arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki bulunduğunu, eğitim düzeyi arttıkça ağrıyı doğru değerlendirmenin de arttığı saptanmıştır (46). Aydın ve Bektaş (2019) tarafından yapılan araştırmalarında da hemşirelik bölümü öğrencilerinde sınıf düzeyi arttıkça ağrının doğru olarak değerlendirilmesi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (4). Göl ve Onarıcı (2015)

tarafından yapılan araştırmada hastalardaki ağrı takip ölçümlerin de lisans mezunu hemşirelerin yüksek oranda doğru sonuçlar aldığı tespit edilmiştir (33).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada, hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde uygulanan adımların geliştirilen Girişim Kontrol Sisteminin etkinliğini incelemek amaçlandı. Araştırmanın sonucunda hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde uygulanan adımların geliştirilen Girişim Kontrol Sisteminin doğru adımların belirlenmesi ve önlenmesine yönelik kullanılabilir olduğu belirlendi.

Hemşirelerin sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçları incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 25.20 ± 4.46 olduğu, hemşirelerin %90'nın kadınlardan oluştuğu, hemşirelerin %70'inin bekar %30'unun ise evli bireylerden oluştuğu, hemşirelerin yarısının lisans (%50) mezunu olduğu, hemşirelerin %50'sinin meslekte 1-2 yıldır çalıştığı, %60'ının yine 1-2 yıldır acil dahili gözlem biriminde çalıştıkları, hemşirelerin %50'si 2 saatte bir ile 4 saatte bir, %50'si de günde bir kez ve iki kez ağrı değerlendirme de bulundukları belirlendi.

Araştırma kapsamında hemşirelerin ağrıya yönelik işlem adımlarının en sık atladıkları işlem adımları incelendiğinde; **ağrının değerlendirilmesi aşamasında;** ağrının günlük yaşama olan etkilerini bilmedikleri, **kullanılan ağrı skalaları aşamasında;** iletişim kuramayan hastalarda davranışsal ağrı ölçümlerini kullanamadıkları, Vizüel Analog Skalasını kullanamadıkları, Wong-Baker ağrı değerlendirme ölçeğini doğru kullanamadıkları, McGill Melzack Ağrı Ölçeğini doğru kullanamadıkları, **ağrı tedavisinin planlanması aşamasında;** gevşeme yöntemleri hakkında hastaya rehberlik edemedikleri, **ağrı yönetimi için kullanılan yöntemler aşamasında;** non-farmakolojik tıbbi yöntemleri doğru bilmedikleri, **ağrı tedavisinin değerlendirilmesi aşamasında;** uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyonu isteyemedikleri saptandı.

Araştırmada hemşirelerin demografik özellikleri ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Araştırmada cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, meslekte çalışma süresi, acil gözlem biriminde

Çalışma süresi ve ağrı değerlendirme sıklığı ile ağrıyı değerlendirme işlem adımları arasında farklılık belirlenmiştir.

6.2. neriler

Hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde uygulanan adımların geliştirilen Girişim Kontrol Sisteminin etkililiği ile hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde uygulanan adımların geliştirilen Girişim Kontrol Sisteminin doğru adımların belirlenmesi ve nlenmesine yönelik kullanılabilir olduğunu ortaya koyan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelikte uygulanan ağrı yönetim uygulamalarının belli bir sistemde ele alınması ve değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Ağrının değerlendirilmesinde yaşanabilecek aksaklıkların ortadan kaldırılması için genel takip mekanizmasının kurulması ve bu sayede yaşanabilecek aksaklıkların en aza indirilebilmesi önerilmektedir.
- Mesleğe yeni başlayan hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarıyla hastaya yönelik ağrının doğru biçimde değerlendirilebilmesine dair ilgili eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.
- Başta hastaneler olmak üzere sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarda ağrı yönetimine dair bilgilendirici formlar oluşturularak kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.
- Bundan sonra yapılacak araştırmalarda hemşirelikte akut ve kronik ağrı yönetiminde uygulanan adımların etkililiğinin ortaya konulmasında geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi'nin diğer sağlık branşlarında da kullanılması önerilmektedir.
- Hemşirelikte ağrı yönetim uygulamaları kapsamında geliştirilen Girişim Kontrol Sistemi'nden tüm hemşirelerin faydalanabilmesi adına Girişim Kontrol Sistemi Programının mobil aplikasyon haline dnştrlp kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Afşar F, Pınar R. Kanser hastalarında ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003, 3:19-28.
2. Akın E. Klinik ağrı yönetiminde hemşirenin etik yükümlülüğü. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2020, 28.1: 128-33.
3. Ay F, Alpar EŞ. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı Dergisi, 2010, 22.1: 21-29.
4. Aydın B, ve Bektaş M. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planlarının Pediatrik Ağrı Yönetimi Açısından İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2019, 12.4: 243-254.
5. Aygin D, Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. Sakarya M J, 2012, 2.2: 61-70. [CrossRef]
6. Bakır E. Çocuklarda Ağrı Değerlendirme ve Ölçekleri: Kültür ve Yaşın Ağrı Değerlendirmesine Etkileri. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2017, 9.4: 299-314.
7. Beytut D, Karayağız Muslu G, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H. Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2009, 2.3: 2-18.
8. Brockopp DY, Downey E, Powers P, Vanderveer B, Warden S, Ryan P. Nurses' clinical decisionmaking regarding the management of pain. International Journal of Nursing Studies. 2004, 41: 631–636.
9. Büyükgönenç L, Törüner EK. Çocukluk yaşlarında ağrı ve hemşirelik yönetimi. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013.

10. Cohen E. Current Practice Issues in Thoracic Anesthesia. *Anesthesia ve Analgesia*, 2021, 133.6: 1520-1531.
11. Coşkun D, Mahli A, Kaptan, Aİ. Nöropatik Ağrıda Nöroliz. B. A içinde, Ağrı ve Enjeksiyonlar. (1. b.). Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019.
12. Çelik S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2.3: 325-30.
13. Çelik S. Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2016, 20.1: 1-8.
14. Çelik S, Baş BK, Korkmaz ZN, Karaşahin H, Yıldırım S. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018, 14: 17-23.
15. Çevik B, Taşcı S. Akupres uygulamasının ağrı yönetimine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 26.3: 257-261.
16. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 14.2: 53-58.
17. Demir Dikmen Y, Yıldırım Usta Y, İnce Y, Türken Gel K, Akı Kaya M. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2012, 2.3: 162-172.
18. Dikmen Y. Ağrı ve Yönetimi. T. Atabek Aştı ve A. Karadağ içinde, *Hemşirelik Esasları* (Cilt 2, s. 538-566). İstanbul: Akademi Yayınları, 2019.
19. Dirimeşe E, Özdemir FK, Şahin ZA. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri, kültürel farkındalıkları ve yeterlilikleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5.3: 1-6.

20. Elçilgil A. Çocuğun ağrısının yönetiminde pediatri hemşiresinin karar vermesini etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (Elektronik Dergi), 2011, 4.1: 48-53.
21. Emir S, Cin Ş. Çocuklarda ağrı: Değerlendirme ve yaklaşım. Ank Üniv Tıp Fak Mecm, 2004, 57.3: 153-60.
22. Erden S. Cerrahi Ağrıda Bakım. M. Karadağ, ve H. Bulut içinde, Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği (2 b., Cilt 1, s. 101-123). Ankara: Vize Yayıncılık, 2021.
23. Erdine S. Ağrı Mekanizmaları ve Ağrıya genel Yaklaşım. S. Erdine içinde, Ağrı (3 b., s. 37-48). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.
24. Esen H, Öntürk ZK, Badır A, Aslan FE. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010, 1.2: 89-93.
25. Eşer İ, Khorshid L, Gürol Arslan G. Hemşire ve hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşmelerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008, 24: 1-14.
26. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6.1: 9-16.
27. Eti Aslan F. Ağrıya İlişkin Kavramlar. Ağrı Doğası ve Kontrolü (2 b., s. 37-66). içinde Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
28. Eti Aslan F, Kan Öntürk Z. Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. F. Eti Aslan içinde, Ağrı Doğası ve Kontrolü (s. 67-100). Ankara: Akademisyen, 2014.
29. Eti Aslan F, Uslu Y. Ağrı Sınıflandırılması. F. Eti Aslan içinde, Ağrı Doğası ve Kontrolü (s. 57-66). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
30. Eti Aslan F, Yıldız T. Ağrı ve Ağrı Yönetimi. F. Eti Aslan, ve N. Olgun içinde, Fizyopatoloji (s. 109-110). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017.

31. Feyzioğlu Ö, Dinçer S, Akan A, Algun ZC. Is Xbox 360 kinect-based virtual reality training as effective as standard physiotherapy in patients undergoing breast cancer surgery? Support Care Cancer, 2020, 28.9: 4295–303.
32. Genç F, Köçkar Ç, Mutlu F, Buğdaycı M. Kanser hastalarının ağrı için kullandıkları non-farmakolojik yöntemler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2018, 15.2: 88-93.
33. Göl İ, Onarici M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015, 2.3: 20-9.
34. Güdücü Tüfekçi F, Erci B. Ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunmasının ve bazı faktörlerin ağrı toleransına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007, 10.2: 30-40.
35. Gündoğuş F, Kelsaka E, Öztürk B. Sağlıklı gönüllülerde cinsiyet ve çalışma şartlarının ağrı eşik değeri üzerine etkisi. Ağrı, 2013, 25.2: 64-68. doi:10.5505/agri.2013.97769
36. Gündoğan O, Bor C, Akın Korhan E, Demirağ K, Uyar M. Erişkin yoğun bakım hastasında ağrı değerlendirmesi: Critical-Care Pain Observation Tool Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik araştırması. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2016, 14: 93-99.
37. Holl RM, Carmack J. Complexity of Pain, Nurses' Knowledge, and Treatment Options. Holist Nurs Pract, 2015, 29.6: 377-80. [CrossRef]
38. International Association for the Study of Pain (IASP) (2010). Pain terminology. Erişim Adresi: <http://www.iasp-pain.org/>. Erişim Tarihi: 30.12.2022
39. International Association of Science-IASP. Ağrı Tanımı. Erişim Tarihi: 29.12.2022, <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

40. İnanç Yılmaz B, Kanan N. Yenidoğanda Ağrı Yönetimi ve Hemşirelerin Roller. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021, 3.3: 273-285.
41. Karadeniz G. Ağrı ve ağrılı bireye hemşirelik yaklaşımı. İçinde: Karadeniz G., İç hastalıkları hemşireliğinde teoriden uygulamaya temel yaklaşımlar 1. baskı, Göktuğ Yayıncılık, 2008.
42. Karaman E, Doğru BV, Yıldırım Y. Knowledge and attitudes of nursing student about pain management. Ağrı Dergisi, 2019, 31.2: 70-78. doi:10.550agri.2018.10437
43. Lindsay LK and Rosemary CP. Pain. İçinde: Lewis SL, Ruff Dirksen S, McLean Heitkemper M, Bucher L. eds. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Ninth Edition, Elsewier Mosbby, Canada; 2014, p:114-140.
44. Marshall K, McLaughlin K. Pain Management in Thoracic Surgery. Thorac Surg Clin, 2020, 30.3: 339-346.
45. McCaffery M, Pasero CL. Avoiding opioid-induced respiratory depression. AJN The American Journal of Nursing, 1994, 94.4: 25-30.
46. Modanloo M, Seyyed Fatemi N, Bastani F, Peyravy H, Behnampoor N, Hesam M, et al. Comparison of pain assessment by patients and triage nurses. Iranian Journal of Critical Care Nursing Spring, 2010, 3: 23–8.
47. Orgun F. Byrd’ın Hemşirelere Yönelik Etik Duyarlılık Testinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2008.
48. Öz ZZ. Hemodiyaliz hastalarında ağrının değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, 2022.
49. Özdağ S, İnkaya B. Kanser Hastalarının Ağrı ve Kaygı Yönetiminde Sanal Gerçeklik Teknolojisi Kullanımı, Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2021, 4.2: 44-51.

50. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı Dergisi*, 2006, 18.4: 36-43.
51. Özer Z, Ateş S. Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı ve Ağrı Yönetimi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020, 2.2: 1-7.
52. Öztunç G, Kılıç M. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012, 7.21: 35-51.
53. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Faydalı Dokuz H. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Journal of Contemporary Medicine*, 2018, 8.1: 60-66. doi:10.16899/gopctd.388195
54. Sayin Y, Akyolcu N. Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish Patients: a descriptive study. *Pain Management Nursing*, 2014, 15.1: 156-64. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.005
55. Schwappach DLB, Taxis K, Pfeiffer Y. Oncology nurses 'beliefs and attitudes towards the double-check of chemotherapy medications: a cross-sectional survey study. *BMC Health Services Research*, 2018, 18.1: 1-9.
56. Shdaifat E, Al-Shdayfat N, Sudqi A. Saudi nursing students' pain management knowledge and attitudes. *Nursing Open*, 2020, 7.6: 1833-1839. doi:10.1002/nop2.570
57. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Erişim Tarihi: 10.12.2022, <https://www.saglik.gov.tr/TR,84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019yayinlanmistir.html>
58. Tan E. Nöropatik ağrı ve tedavisi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya 2007.
59. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. S. 146-170, Göktuğ Yayıncılık, Amasya, 2011.

60. Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. TOTBİD Dergisi, 2017, 16: 70- 76.
61. Van Hulle Vincent, C., Denyes, M.J. Relieving children's pain: nurses' abilities and analgesic administration practices. J Pediatr Nurs, 2004, 19.1: 40-50.
62. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı Fizyopatolojisi. SDÜ Tıp Fak Dergisi, 2019, 26.2: 209-220.
63. Yeşilyurt M, ve Faydalı S. Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020, 23.3: 444-51.
64. Yıldırım YK, Uyar M. Etkili kanser ağrı yönetiminde bariyerler. Ağrı Dergisi, 2006, 18: 12-9.
65. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. Ağrı Dergisi, 2011, 23.2: 71-9.
66. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014, 1.2: 32-41.
67. Yorulmaz G. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ağrı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
68. Demirağ H, Hintistan S. Covid-19'un Klinik Yönetimi ve Hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021, 9.2: 222-231.
69. Göçer A. Türkçe öğretmeni adaylarının dil kültür ilişkisi üzerine görüşleri: Fenomenolojik bir araştırma. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013, 15.2: 25-38.
70. Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi., 2014, 5.3: 137.

71. Khorshid L, Akın E. Mekanik ventilatöre bağı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2007, 11: 83-88.
72. Palandöken, E. A. COVID-19 Pandemisi ve Hemşireler için Etik Sorunlar. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020, 5.2: 139-142.
73. Yılmaz DU, Ceylan B, Yıldırım D, Karatekin D, Palandöken EA. COVID-19 Tanılı Hastada Bakım Öncelikleri ve Kritik Hemşirelik Girişimleri: Dört Farklı Olgu Sunumu. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020, 5.2: 235-242.
74. Yürük Bal E, Çelik H. COVID-19 Salgını ile Mücadelede Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 2020, 12. 2: 37-48.

EKLER



EK 1: ETİK KURUL İZNİ



EK 2: KURUM İZNİ



EK 3: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ



EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Retrospektif
Çalışmalarda Doldurulmayacak*)



EK 5: HEMŞİRELİKTE AĞRI YÖNETİMİNDE GİRİŞİM KONTROL SİSTEMİ YAZILIMINDA KULLANILAN AĞRI YÖNETİMİ ADIMLARI

İŞLEM 1. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İŞLEM 1.1. Ağrının Değerlendirilmesi

Adım 1. Hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk poliklinik ve klinik değerlendirmesinde, “Ağrı Skalaları” kullanılarak değerlendirilir.

Adım 2. Hemşire, hastanın tarif ettiği ağrıyı, değerlendirmenin temel unsuru olarak kullanır.

Adım 3. Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise hemşire tarafından detaylı ağrı değerlendirmesi yapılır.

Adım 4. Ağrının yeri

Adım 5. Ağrının yayılımı

Adım 6. Türü ve Nitelikleri (zonklayıcı, sıkıştırıcı, delici, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, kıvrandırıcı)

Adım 7. Başlangıcı (ağrının ilk başladığı zaman)

Adım 8. Süresi (ağrının devam ettiği zaman dilimi)

Adım 9. Sıklığı (ağrının yinelenme süresi)

Adım 10. Şiddeti (ağrı yok, hafif, orta şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz)

Adım 11. Günlük yaşama olan etkileri (uyku, beslenme, işe devamlılık vb.)

İŞLEM 1.2. Kullanılan Ağrı Skalaları

Adım 1.Ağrı ölçümü yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın kronolojik yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır.

Adım 2.Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (İletişim Kurabilen Hastalar İçin)

Adım 3.Davranışsal Ağrı Skalası (İletişim kurulamayan hastalar)

Adım 4.VAS (Vizüel Analog Skala)

Adım 5.Yüz (Wong-Baker) Ağrı Değerlendirme Ölçeği (İletişim Kurulamayan Hastalar İçin)

Adım 6.McGillMelzack Ağrı Ölçeği

İŞLEM 1.3. Ağrı Tedavisinin Planlanması

Adım 1.Ağrısı olan hasta için hemşire tarafından farmakolojik olmayan ağrı yönetimi çeşitlerinden hasta için uygun olanlar kullanılır.

Adım 2.Mümkünse ağrının etiyojisi ile ilgili faktörlerin saptanır.

Adım 3.Hastaya göre ağrı tedavisine şekil verilir (kültürel özellikler, hastanın tedaviye katılım isteğinin derecesi, daha önceki başarılı ağrı azaltıcı stratejiler)

Adım 4.İmmobilizasyon (gerilme ve basıncı azaltacak pozisyon verilmesi)

Adım 5.Dinlendirmek

Adım 6.Sıcak, soğuk ve masaj uygulamak

Adım 7.Potansiyel olarak ağrılı olabilecek girişimler öncesinde, teknik bilgi vermek

Adım 8. Ağrılı girişimler sırasında, psikolojik destek sağlamak

Adım 9. Ağrılı girişimler sırasında, dikkati başka yöne çekmek

Adım 10. Gevşeme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve rehberlik etmek (Örnek: hayal, kontrollü solunum).

İŞLEM 1.4. Ağrı Yönetimi İçin Kullanılan Yöntemler

Adım 1.Analjezikler

Adım 2.Girişimsel Yöntemler (Lokal enjeksiyonlar, sinir blokajları, ablasyon vb. gibi işlemler)

Adım 3.Non-Farmakolojik Tıbbi Yöntemler (Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon uzman hekimi tarafından belirlenen tedavi programı uygulanır.)

İŞLEM 1.5. Ağrının Yeniden Değerlendirilmesi

Adım 1.Kullanılan ağrı skalası ve hastanın ifade ettiği ağrı puanlarına göre yeniden ağrı değerlendirilir.

Adım 2.Ağrının yeniden değerlendirilmesinde orta veya şiddetli ağrısı saptanan hastalarda; ilgili uzman hekime danışılarak yeni veya önceden planlanmış ağrı tedavisi uygulanır.

Adım 3.Hastanın daha fazla ağrıya yönelik girişim istememesi durumunda hekime haber verilir.

İŞLEM 1.6. Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi

Adım 1.Ağrının değerlendirilmesi sonucunda gerekli tedavi hastanın hekimi tarafından planlanır.

Adım 2.Solunum ve kalp atım sayısı ile kan basıncının normale dönmesi, vücutta gevşeme olması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi, tedavinin uygun ve etkin

olduğunun bulgusu olarak kabul edilebilir.

Adım 3.Hasta veya ailesine tedaviye rağmen ağrının azalmaması durumunda, bu durumu hemşire veya hekimine bildirmesi gerektiği söylenir.

Adım 4.Uygulanan tedavilere rağmen ağrı kontrolü yetersiz olduysa sorumlu hekim tarafından anesteziyoloji ve reanimasyon bölümü uzman hekiminden konsültasyon istenir.



EK 6: BENZERLİK RAPORU



ÖZGEÇMİŞ

