

Basınç Yaralanması Ağrısı ve Yönetimi

Pressure Injury Pain and it's Management

Gülşen Öztürk Genç , Selda Rızalar

Öz

Hastanede yatan hastalarda basınç yaralanması insidansı son yirmi yılda katlanarak artmıştır. Sağlık bakım hizmeti verenlerin basınç yaralanmalarını önleme, tedavi ve bakıma yönelik çabaları devam etmektedir. Basınç yaralanmaları yaygın bir durum olmasına rağmen, basınç yaralanması ağrısı tam olarak aydınlatılmamıştır. Literatürde basınç yaralanması ağrısı sınırlı sayıda çalışmada ele alınmıştır. Hastanede yatan yaralanması olan bireylerde ağrının daha iyi anlaşılmasını sağlamak için bu konuda daha fazla bilgi birikimine ve deneysel araştırmalara gereksinim vardır. Bu derlemede basınç yaralanmalarının önemi, basınç yaralanması ile ağrı ilişkisi, ağrının niteliği ve şiddeti, basınç yaralanmasına bağlı ağrıyı etkileyebilecek biyolojik, sosyokültürel, psikolojik ve çevresel faktörler ile ağrının yönetimi ele alınmaktadır.

Anahtar kelimeler: Basınç yaralanması, basınç ülseri, ağrı, ağrı yönetimi, hemşire

ABSTRACT

The incidence of pressure injuries in hospitalized patients has increased exponentially over the past two decades. The efforts of health professionals for the prevention, treatment and care of pressure injuries continue. Although pressure injuries are a common occurrence, pressure injury pain is not fully explained. Pressure injury pain has been discussed in a limited number of studies in the literature. More information and empirical research are needed to provide a better understanding of pain in individuals injured in the hospital. In this review, the importance of pressure injuries, the relationship between pressure injury and pain, the nature and severity of pain, biological, sociocultural, psychological and environmental factors that may affect pressure injury pain, and the management of pain are discussed.

Keywords: Pressure injury, pressure sore, pain, pain management, nurse

Received/Geliş: 16.02.2023

Accepted/Kabul: 01.09.2023

Published Online: 30.04.2024

Cite as: Öztürk Genç G, Rızalar S. Basınç yaralanması ağrısı ve Yönetimi. Jaren. 2024;10(1):67-73.

G. Öztürk Genç

Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul,
Türkiye

✉ gulsenozturkgenc@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7304-8839>

S. Rızalar <https://orcid.org/0000-0002-1592-9926>

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye
Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi
Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul,
Türkiye

GİRİŞ

Basınç yaralanmaları, dünyada ve ülkemizde hastanede yatan hastalar arasında önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur. Basınç yaralanmaları her yıl Amerika'da yaklaşık 3 milyon kişiyi etkilemektedir. Basınç yaralanması prevalansının hastanede yatan hastalarda %5 ile %15 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ancak bu oranın yoğun bakım ünitelerinde ve bakım merkezlerinde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir ⁽¹⁾. Ülkemizde ise yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda basınç yaralanması görülme sıklığının incelendiği çalışmalarda görülme oranının %5.9 ile %40.6 arasında olduğu belirtilmiştir ⁽²⁾.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından yayınlanan Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nden (National Center for Health Statistics) elde edilen verilere göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de huzurevinde yaşayan 159.000 kişinin yaklaşık %11'inde basınç yaralanması gelişmiştir ⁽³⁾. Belirtilen basınç yaralanmalarının çoğunun tedavi edilmediği, Evre II veya daha ileri yaralanması olan hastaların sadece %34'ünün özel yara bakımı aldığı konusuna dikkat çekilmektedir. Bu rakamlar endişe vericidir, çünkü birkaç nitel çalışmada, basınç yaralanmalarının ve yapılan tedavilerin hastaları olumsuz etkilediği gösterilmiştir ^(1,3).

BASINÇ YARALANMASININ TANIMI VE ÖNEMİ

Uzun süreli basıncın neden olduğu doku hasarı uzun yıllardır bilinen bir konudur. Ünlü cerrah Sir James Paget, 1873 yılında doku hasarını "basınç etkisi ile dokunun kabuklanması, soyulması ve daha da ilerlemesi sonucunda, dokunun ölümü" olarak tanımlamıştır ⁽⁴⁾. Basınç yaralanmaları, tarihsel süreçte dekübitüs ülser, yatak yarası, basınç yarası gibi isimlerle anılmış olup günümüzde NPIAP (National Pressure Injury Advisory Panel)'in 2019 rehberine uygun olarak "basınç yaralanması" terimi ile anılmaktadır. NPIAP, basınç yaralanmasını "makaslama etkisi ile yoğun ve/veya uzun süreli basıncın bir sonucu olarak genellikle kemik çıkıntısı üzerinde veya tıbbi ya da başka bir cihazla ilişkili ciltte ve alttaki yumuşak dokuda lokalize hasar oluşması" olarak tanımlamıştır ^(4,5).

Basınç yaralanmaları rehberi NPIAP tarafından 2019 yılında revize edilerek güncellenmiştir ⁽⁵⁾. Rehberde göre yaralanmalar dört evrede incelenmektedir. Cilt

bütünlüğü bozulmamasına rağmen sağlam ciltte basmakla solmayan eritem ve ısı değişiklikleri birinci evre olarak tanımlanır. İkinci evre dermisin kısmi kalınlıkta kaybının olduğu yüzeysel yaralanmaları içerir. Üçüncü evrede cilt altı yağ dokusunun görüldüğü tam kalınlıkta deri kaybı olan yaralanmalar yer alır. Fasya, kas, tendon, kemik ya da kırıkta içeren tam kalınlıkta deri ve doku kaybı olanlar dördüncü evre yaralanmalar olarak tanımlanır. Fibrinli yara dokusu ya da skar, doku kaybının boyutunu gizliyorsa, bu durum "evrelendirilemeyen basınç yaralanması" olarak kabul edilmektedir ⁽⁵⁾.

Basınç yaralanmalarının hastalarda sürekli ağrıya, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına, sosyal aktivitenin azalmasına ve bakım maliyetlerinin artmasına neden olabildiği bildirilmiştir ⁽⁶⁾. ABD'de hastane kaynaklı basınç yaralanmalarının tedavisi için yapılan harcamaların yaklaşık 3.3 milyar ile 11 milyar dolar arasında değiştiği belirtilmektedir ⁽¹⁾. Gencer ve ark.'nın (2019) tek merkezli basınç yaralanması maliyet çalışmasında; Türkiye'de yılda 308.796 basınç yaralanmalı hasta olabileceği, bunun yıllık toplam maliyetinin ülke ekonomisi için önemli bir yük (1 milyar 425 milyon \$) olabileceği öngörülmüştür ⁽⁷⁾.

BASINÇ YARALANMASI AĞRISI

Basınç yaralanmasına bağlı oluşan ağrı çok boyutlu bir sorundur ve birey üzerinde önemli fizyolojik ve psikolojik etkilere sahiptir ⁽⁸⁾. Literatürde basınç yaralanması ile ilgili bilgiye sıkça yer verilmesine rağmen basınç yaralanma ağrısı ile ilgili çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Basınç yaralanması evreleri ile ağrı yoğunluğu arasındaki ilişki de tam olarak aydınlatılmamıştır. Bazı araştırmalarda yüzeysel basınç yaralanmasında ağrının daha fazla olduğu ve evre ilerledikçe ağrının azaldığı belirtilmektedir. Bunun nedeni sinir uçlarının cilde yakın olarak konumlanmış olmasıdır ⁽⁹⁻¹¹⁾. Girouard ve ark.'nın (2008) literatür incelemesinde ise konu ile ilgili altı çalışmadan dördünde, basınç yaralanmalarında yara evresi ilerledikçe ağrı düzeyinin de arttığı bilgisi yer almaktadır ⁽¹²⁾. Gorecki ve ark.'nın (2009) çalışmasında, basınç yaralanmasının sürekli fiziksel ağrıya, sosyal aktivitenin azalmasına ve bakım maliyetlerinin artmasına neden olabileceği bildirilmiştir ⁽⁶⁾.

Basınç yaralanması ağrısını açıklayabilen birkaç kavramsal model bulunmaktadır. Bunlar; kapı kontrol teorisi, nosiseptif teori ve ağrının biyopsikosozyal modelidir ^(13,14). Mevcut çalışmalar basınç yaralanması olan hastaların ağrı deneyimlerini aydınlatma

konusunda yetersiz kalmaktadır. Kim ve Ahn (2016) tarafından, basınç yaralanması evreleri ile ilişkili ağrı deneyimini açıklayan, araştırma ve uygulamaya rehberlik edecek bir kavramsal çerçeve ve hastanede yatan hastalar için basınç yarası ağrısını yönetebilmek için bir model geliştirilmiştir. "Parent model" adı verilen bu model biyopsikososyal model esas alınarak geliştirilmiş, değişiklik ve ilaveler yapılarak yeni bir kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Hastanede yatan hastaların basınç yaralanması evrelerine göre ağrı deneyimlerine yönelik deneysel kanıtlar gösterilmiş ve farklı evrelerde yaralanması olan hastalarda ağrının özellikleri tanımlanmıştır ⁽¹⁵⁾.

BASINÇ YARALANMASI AĞRISININ NİTELİĞİ VE ŞİDDETİ

Ağrı, doku hasarının neden olduğu hoş olmayan duysal ve duygusal bir deneyimdir ⁽¹⁶⁾. Basınç yaralanması olan hastalarda ağrı duygusu değerlendirilirken niteliği, şiddeti ve duyarlılığı incelenmektedir. Farklı çalışmalarda basınç yaralanması ağrısının niteliği genel olarak "yanma" hissi olarak tanımlanmış ve basınç yaralanması olan kişilerin farklı düzeylerde ağrı deneyimledikleri belirtilmiştir ^(12,17,18). Basınç yaralanması ağrısının niteliğini yara evrelerine göre inceleyen Güneş'in (2008) çalışmasında basınç yaralanması ağrısı, tüm evrelerde "sıcaklık ve yanma" olarak, ikinci evrede "zonklama", üçüncü evrede "hassasiyet ve bıçaklama" ve dördüncü evrede "şiddetli ve keskin zonklama" olarak nitelendirilmiştir ⁽¹⁸⁾. Gorecki ve ark.'nın (2011) çalışmasına göre basınç yaralanması ağrısının niteliği ikinci evrede "acı, yanma, sızı"; üçüncü evrede "hassasiyet, ağrı", dördüncü evrede "bıçaklanma, yanma, batma, delinme hissi" olarak tanımlanmıştır. Tüm evrelerde hastalar tarafından "hassasiyet ve yanma hissi" olduğu belirtilmiş ayrıca "bıçaklanma ve batma hissi" de ifade edilmiştir ⁽¹⁹⁾. Kim ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada derin yaralarda ağrı şiddetinin daha fazla olduğu belirtilmiştir ⁽²⁰⁾. Ağrıyı doğru ve etkin şekilde değerlendirebilmek için ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılmalıdır. En sık kullanılan tek boyutlu ağrı ölçekleri; Wong Baker Yüz Değerlendirme Ölçeği, Sayısal Ölçek (SÖ), Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ve Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ), çok boyutlu ölçekler; McGill Ağrı Soru Formu, Brief Ağrı envanteridir ⁽²¹⁾. Basınç yaralanması olan, konuşabilen ve bilinci açık olan bireylerin ağrı değerlendirmesinde Görsel Analog Skala (VAS) ve Wong Baker Yüz Değerlendirme Ölçeği yüksek güvenilirlikte bulunmuştur ⁽²²⁾. Ağrılı hastaları incelemek için kullanılan Kantitatif Duyu

Testi (Quantitative Sensory Testing-QST)'nin, basınç yaralanma ağrısının değerlendirilmesinde sık kullanılmadığı görülmüştür. Basınç ülserli hastalarda QST ile santral sensitizasyonun neden olduğu ağrı duyarlılığı ölçülebilmektedir. Bu nedenle, basınç yaralanmaları ile ilişkili bireysel ağrı deneyimlerini tanımlamak için ayrıntılı ağrı ölçümlerini içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir ⁽¹⁵⁾.

BASINÇ YARALANMASI AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Biyolojik Faktörler

Basınç yaralanması ağrısını etkileyen biyolojik faktörler; ek hastalıklar, genetik faktörler, yaş, endojen ağrı inhibisyonu, enflamasyon ve enfeksiyondur. Hastanede yatan hastaların çoğu primer bir hastalık tedavisi görmektedir. Çoğunlukla hem primer hastalık semptomları hem de basınç yaralanma ağrısı deneyimlemekte ve buna bağlı olarak ağrı şiddeti artmaktadır ⁽¹⁾. Günümüzde genetik alanında ağrı araştırmalarında genetik faktörlerin ağrı deneyimine etkisi üzerinde durulmaktadır ⁽²³⁾. Yaş, basınç yaralanması insidansı ile yakından ilişkili olup çalışmalarda basınç yaralanması insidansının ileri yaşlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir ⁽¹¹⁾.

Endojen ağrı inhibisyonunda bireysel farklılıkların ağrı deneyiminin öngörücüsü olduğu varsayılmaktadır. Bruehl ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada, kronik ağrıda endojen opioid inhibisyonundaki bireysel farklılıkların, analjezik verildikten sonra ağrının azalma derecesini etkilediği belirtilmiştir. Genetik özellikler ve endojen ağrı inhibisyonu bireysel farklılıklar gösterdiği için genellenemez. Endojen ağrı inhibisyonu, özelleştirilmiş ağrı yönetiminin önemini desteklemektedir ⁽²⁴⁾. Ağrıyı etkileyen diğer bir faktör olan *enflamasyon*, vücut dokularının yaralanmaya karşı koruyucu tepkisidir. Birkaç çalışma, inflamasyon mediatörlerinin ağrı süreci ile yakından ilgili olduğunu ve ağrı sürecini düzenlediğini bildirmiştir ⁽²⁵⁾. DeVon ve ark. (2014) tarafından yapılan literatür incelemesinde proinflatuar belirteç (örn. C-reaktif protein, tümör nekroz faktörü-alfa, interlökinler) düzeylerinin yüksekliğinin ağrı düzeyinin yükselmesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir ⁽²⁶⁾.

Enfeksiyon, patojenik mikroorganizmaların vücudu istila ederek çoğalması, toksin salgılayarak veya antijen-antikor reaksiyonu geliştirerek yerel hücre hasar meydana getirmesidir. Bu hücre hasarı mikroorganizmaların dokulara yayılması sonucu meydana gelir. Konakçının savunma mekanizmalarını

yenen immünolojik reaksiyonlar sonucunda enfeksiyon oluşur. Kronik enfekte yaralarla ilişkili ağrı, doğrudan ya da dolaylı ağrı mediatörlerinin üretimi yoluyla nosiseptör eşiklerinin düşürülmesi sonucu yaranın duyarlı hale gelmesiyle ortaya çıkmaktadır. Çalışmalarda enfeksiyonun ciddiyetinin ağrı yoğunluğu ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir^(27,28).

Sosyokültürel Faktörler

Basınç yaralanması kaynaklı ağrı deneyimini etkileyen sosyokültürel faktörler; etnik köken, ayrımcılık ve sosyal destek olarak bildirilmiştir. Etnik köken benzer fiziksel özelliklere, davranışlara, kültüre sahip farklı insan gruplarını ifade etmektedir⁽²⁹⁾. Araştırmalar, ağrı tepkilerinin etnik gruplar arasında farklılık gösterdiğini, Asyalı ve siyahi hastaların beyaz ırka kıyasla daha yüksek ağrı duyarlılığına ve klinik ağrı yoğunluğuna sahip olduğunu göstermiştir⁽³⁰⁾. Kliniklerde uygunsuz ağrı yönetiminin yaş, cinsiyet ve etnik köken gibi demografik faktörlerle ilişkili olabileceği bildirilmiştir⁽³¹⁾. Literatürde acil servislerde siyah ırktan olanların beyazlara kıyasla opioid alma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Yaşlı hastalarda kronik ağrı durumunda ilaç ve fiziksel aktivite ile birlikte verilen sosyal desteğin ağrı yönetiminde etkili bir strateji olduğu bildirilmiştir⁽³²⁾.

Psikolojik Faktörler

Hastaneye yatış duygusal açıdan krize neden olabilmektedir. Hastanede yatan hastalarda anksiyete, stres ve öfke sık görülmektedir. Bu faktörlere ek olarak basınç yaralanması olması durumunda duygusal etkenler ağrı deneyimini şiddetlendirebilmektedir. Ağrı olgusunu etkileyen psikososyal faktörler duygusal durum, stres, uykusuzluk, yorgunluk, bireysel başa çıkma yöntemleri ve felaketleştirmedir. *Anksiyete*, belli bir uyarana ilişkili olmayan huzursuzluk, gerginlik, taşikardi ve nefes almada zorluğun eşlik ettiği yaklaşan tehlike ve korku hissidir⁽³³⁾. Gorecki ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada basınç yaralanması olan hastaların yaralarıyla ilgili duygusal sıkıntı ve anksiyete yaşadıklarını bildirmiştir. *Depresyon*, ağrının bir göstergesi ve artan ağrıya katkıda bulunan bir faktör olarak yıllar boyu incelenmiştir. Ağrı belirleyicileri ile ilgili yapılan araştırmalarda depresyonun ağrı düzeyini artırdığı tespit edilmiştir. Bireyin öfkeli olmasının da ağrıyı etkileyen önemli bir faktör olduğu ve öfke duygusunun artması ile ağrı şiddetinin arttığı bildirilmiştir⁽³⁴⁾. *Psikososyal stres*, ağrının habercisi olarak önemli bir rol oynar. Osteras ve ark'nın (2015) çalışmasında gençlerde stres ile ağrı şiddeti arasında güçlü bir ilişki

bildirilmiştir. Hannibal ve Piskopos'a (2014) göre, hastaların kronik fizyolojik stresörlere maruz kalması ağrı şiddetini artırabilmektedir. *Uyku*, da ağrıyı etkileyen faktörlerden biridir. Uyku bozukluğunun ağrı toleransını azalttığı, uyarılara duyarlılığı ve ağrı düzeyini artırdığı ve sağlıklı kişilerde ağrı algısını artırdığı bildirilmiştir^(35,36). Kronik ağrılı yaşlılarda *yorgunluk* ile ağrı arasında güçlü ilişki tanımlanmış ve yorgunluk arttıkça ağrının arttığı bildirilmiştir. Hastanede yatan hastalar, 24 saat devam eden bakım nedeniyle genellikle uyku yoksunluğu ve yorgunluk yaşadıkları için basınç yaralanması ağrısı deneyimleri artmaktadır⁽³⁷⁾. *Felaketleştirme*, ağrı belirtilerinin, zihinde büyütülmesi, karamsarlık ve çaresizlik içeren olumsuz bilişsel ve duygusal süreçtir. Felaketleştirme hipofiz tepkisini değiştirir, nöral bölgenin aktivitesini büyütür ve endojen ağrı baskılanmasını azaltır. Ağrı tedavisi yapılan kişilerde felaketleştirmenin ağrı şiddetini artırdığı bildirilmiştir^(38,39). *Bireysel baş etme*, kişinin günlük yaşam ve sağlık streslerini yönetmek için kullandığı bilişsel ve davranışsal uyumu ifade eder. Bireyin baş etme yöntemi, ağrı algısının düzenlenmesinde önemli bir faktördür. Moore ve ark. (2015) ağrıyı kabul etme ve dikkati başka yöne çekme tekniği kullanmanın ağrı toleransını artırdığını ve ağrıyla başa çıkmayı kolaylaştırdığını öne sürmüştür⁽⁴⁰⁾. Bu nedenle hastanın kaygısı, stresi ve yorgunluğu iyi yönetilmeli, etkin baş etme yöntemleri kullanması için desteklenmelidir⁽³⁷⁾.

Çevresel Faktörler

Hastane ortamında bulunan hastalarda hemşire/hasta oranı, bakım veren hemşirenin eğitim düzeyi, hastanın pansumanının değişim sıklığı ve kullanılan pansumanın tipi gibi çevresel faktörler basınç yaralanması ağrısı deneyiminde etkili olmaktadır. Hemşireler, basınç yaralanmaları ve buna bağlı ağrıların önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Park ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada hemşire sayısının artmasının basınç yaralanması oranında azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir⁽⁴¹⁾. Hastanede yatan hastalar yara tedavileri ve pansuman sırasında ağrı hissedebilmektedirler. Özellikle basınç yaralarında kullanılan negatif basınçlı yara tedavisi ağrıya neden olabilmektedir. Pansuman değiştirme ve tedaviler sırasında hastalar tarafından değişen düzeylerde ağrı yaşandığı belirtilmiştir. Pieper ve ark. (2009) pansuman değiştirmenin şiddetli ağrıya neden olduğunu ve pansuman sıklığının konforu etkilediğini bildirmiştir⁽⁴²⁾. Ülkemizde hemşirelerin yara bakım uygulamalarının incelendiği bir çalışmada yara bakımı sırasında ağrı kontrolüne yönelik uygulamaların

yeterli olmadığı belirlenmiştir ⁽⁴³⁾ Hemşirenin basınç yaralanması olan hasta için güvenli çevre sağlama ve sürdürme hedefine yönelik olarak ağrı yönetiminde etkin rolü vardır. Hemşire yara bakımı sırasında hem ilaç dışı yöntemleri kullanarak hem de ekip iş birliği ile farmakolojik tedaviyi yönlendirerek ağrı yönetimini gerçekleştirmeli, hastanın rahatlığını sağlamalıdır.

BASINÇ YARALANMASI AĞRISININ YÖNETİMİ

Basınç yaralanmasında ağrı yönetimini kolaylaştırmanın bir yolu tüm sağlık ekibinin farkındalık düzeyinin artırılmasıdır. Sağlık çalışanlarının bu konuda eğitimine öncelik verilmelidir. Hemşireler basınç yaralanması ağrısının önlenmesi ve yönetiminde önemli role sahiptirler. Basınç yaralanmasında ağrı hakkında kavramsal çerçeve geliştirilmesi ve kullanılması, hemşirelerin yüksek düzeyde ağrı riski olan hastaları daha iyi tanımlayabilmelerini sağlayacaktır.

NPIAP (2019) rehberinde basınç yaralanmasındaki ağrının nasıl yönetileceğine ilişkin yönergeler belirlenmiştir. Bu yönergelerde; birey merkezli ve ayrıntılı değerlendirme yapılması, ilaç dışı ağrı giderme yöntemlerinin öncelikle kullanılması, doğru yara bakım ürünleri ve yöntemlerinin kullanılması, ağrı kontrolünü sağlamak için düzenli ağrı kesici ilaçların uygulanması hedefleri yer almaktadır ⁽⁵⁾.

Birey biyopsikososyal modele göre bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Özellikle risk faktörlerinin tanınması ağrı yönetimi uygulamalarına ışık tutacaktır. Risk karşısında basıncın ve sürtünmenin önlenmesi, derinin kuru ve temiz kalmasının sağlanması, cilt bütünlüğünün korunması, proteinden zengin beslenmenin sağlanması ve cilt bakımı önlemleri alınabilir ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. Bireye özgü yöntemler belirlenerek belirli aralıklarla ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır ^(22,43). Ağrı değerlendirilmesinde sıklıkla sayısal ölçekler ve sözel kategori ölçekleri kullanılmaktadır. Ağrı değerlendirmesinin müdahalelerin öncesi ve sonrasında yapılmasına dikkat edilmelidir.

Basınç yaralarıyla ilişkili ağrıyı azaltmak için, ilk olarak ilaç dışı ağrı yönetim stratejileri ve destek tedavi yöntemleri kullanılmalıdır. İlaç dışı yöntemler; masaj, gevşeme teknikleri, müzik terapi, Transkutan elektriksel sinir uyarımı ve refleksoloji uygulamalarını içerir. İlaç dışı yöntemlerle birlikte ağrı kontrolünde düzenli olarak ağrı kesici ilaçlar da verilebilmektedir ⁽⁴⁵⁾. Özellikle ağrı kesici ilaçların yara bakımından önce verilmesi ve yan etkiler açısından hastanın

takip edilmesi önerilmektedir. Böylece pansuman sırasında hastanın konforu sağlanabilecektir. Ağrı müdahalelerinden sonra da ağrının değerlendirilmesi son derece önemlidir ^(22,43).

Basınç yaralanması olan birey öz bakım gereksinimini karşılayamamakta, ağrı nedeni ile yaşam aktivitelerini karşılamakta zorluk yaşamakta, genel konforu bozulmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır ⁽⁴¹⁾. Aynı zamanda yoğun stres ve anksiyete yaşamakta, psikososyal sorunlar görülebilmekte, baş etme mekanizmaları yetersiz kalmaktadır. Bireyin yara bakımı planında, pansuman uygulaması, pozisyon verilmesi gibi girişimlerle birlikte etkin iletişim, psikososyal destek bakım uygulamaları mutlaka yer almalıdır. Yara bakımında bireyin ağrısını artırabilecek faktörler tanınmalı, engellemek için önlem alınmalı, bakımda dikkatli ve özenli çalışılmalıdır.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin ve bakım kalitesinin de basınç yarası ile ilişkili ağrı yönetimini etkilediği gösterilmiştir. Aydın ve Karadağ'ın (2010) çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyinin derin doku yaralanması ve birinci evre basınç yaralanmalarının yönetimini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir ⁽⁴⁴⁾. Ağrının tanımlanması, bütüncül yaklaşım ile bireysel bakım planlarının oluşturularak uygulanması ve değerlendirilmesi, ekip üyeleri ile gerekli bilgi paylaşımının sağlanması, hasta ve ailesinin eğitilerek bakıma aktif katılımının sağlanması, başa çıkma yollarının öğretilmesi hemşirenin sorumluluğundadır ^(5,46). Basınç yaralanma ağrısının yönetiminde bireye etnik köken ayrımı yapmaksızın bakım verilmeli ve sosyal destek kaynakları kullanılmalıdır ⁽³²⁾. Hastanın ek sorunları giderilmeli, kaygısı, stresi iyi yönetilmeli, etkin baş etme yöntemleri kullanması için desteklenmelidir ⁽³⁷⁾.

SONUÇ

Ülkemizde basınç yaralanması ilişkili ağrının doğası ve giderilmesine yönelik geniş çaplı araştırmalara gereksinim vardır. Hastanın ağrısını gidermek ve rahatını sağlamak hemşirenin temel görevi olmasının yanı sıra etik açıdan da sorumluluğudur. Basınç yaralanması ilişkili ağrının farkında olunması, hızlı, doğru ve ayrıntılı tanılama yapılması ve ağrının kontrolünün sağlanması bireyin yaşam kalitesini artıracaktır. Basınç yaralanması ağrısı olan birey bir bütün olarak ele alınmalı ve ağrıyı etkileyebilecek biyolojik, sosyokültürel, psikolojik ve çevresel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: GÖG, SR; veri toplama: GÖG, SR; sonuçların analizi ve yorumlanması: GÖG, SR; araştırma metnini hazırlama: GÖG, SR. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: GÖG, SR; data collection: GÖG, SR; analysis and interpretation of results: GÖG, SR; draft manuscript preparation: GÖG, SR. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Padula WV, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the united states. *International Wound Journal*. 2019; 16(3): 634-40. [\[Crossref\]](#)
2. Tanrikulu F, Dikmen Y. Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: risk faktörleri ve önlemler. *Journal of Human Rhythm*. 2017; 3(4): 177-82 .
3. Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief*. 2009; 2(14): 1-8.
4. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure Ulcers: Pathophysiology, Epidemiology, Risk Factors, And Presentation. *Journal of The American Academy of Dermatology*. 2019; 81(4): 881-90. [\[Crossref\]](#)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel And Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Basınç Ülserlerinin/Yaralarının Önlenmesi ve Tedavisi: Hızlı Başvuru Kılavuzu 2019. (Türkçe Versiyon). Emily Haesler, editor. Epuap/Npiap/ Pppia: 2019.
6. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A Systematic Review. *Geriatric Soc*. 2009; 57: 1175-83. [\[Crossref\]](#)
7. Gencer ZE, Ünal E, Özkan Ö. Basınç ülserleri tedavi maliyetleri etkililik analizi; konvansiyonel ve modern yara bakım tedavi maliyetlerinin karşılaştırılması. *Akdeniz Tıp Dergisi*. 2019; 5(2): 201-8. [\[Crossref\]](#)
8. Cowman S, Gethin G, Clarke E, et al. An International e delphi study identifying the research and education priorities in wound management and tissue repair. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(3-4): 344-53. [\[Crossref\]](#)
9. Padula WV, Black JM, Davidson PM, Kang SY, Pronovost PJ. adverse effects of the medicare PSI-90 hospital penalty system on revenue-neutral hospital-acquired conditions. *Journal of Patient Safety*. 2020; 16(2): 97-102. [\[Crossref\]](#)
10. Gencer ZE, Özkan Ö. Basınç ülserleri surveians raporu/ pressure ulcers surveillance report. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*. 2015; 13(1): 26. [\[Crossref\]](#)
11. Ahn H, Stechmiller J, Fillingim R, Lyon D, Garvan C. Bodily pain intensity in nursing home residents with pressure ulcers: Analysis of National Minimum Data Set 3.0. *Research in Nursing & Health*. 2015; 38(3): 207-12. [\[Crossref\]](#)
12. Girouard K, Harrison MB, Kerkof E. The symptom of pain with pressure ulcers: A Review of The Literature. *Ostomy Wound Manag*. 2008; 54: 30-40.
13. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A New Theory Science. 1965; 150: 971-9. [\[Crossref\]](#)
14. Ruben MA, Hall JA. A lens model approach to the communication of pain. *Health Communication*. 2016; 31(8): 934-45. [\[Crossref\]](#)
15. Kim J, Ahn H, Lyon DE, Stechmiller J. Building a biopsychosocial conceptual framework to explore pressure ulcer pain for hospitalized patients. *Healthcare*. 2016; 4(1): 7. [\[Crossref\]](#)
16. International Association for the Study of Pain. Iasp Taxonomy. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (Access date: 20/12/2022).
17. Ahn H, Stechmiller J, Horgas A. Pressure ulcer-related pain in nursing home residents with cogniti ve impairment. *Adv Skin Wound Care*. 2013; 26: 375-80. [\[Crossref\]](#)
18. Günes UY. A Descriptive study of pressure ulcer pain. *Ostomy Wound Manag*. 2008; 54(2): 56-61.
19. Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. *J Pain Symptom Manag*. 2011; 42: 443-59. [\[Crossref\]](#)
20. Kim J, Lyon D, Weaver MT, Keenan G, Chen XJ. The role of psychological distress in the relation ship between the severity of pressure injury and pain intensity in hospitalized adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75(6): 1219-28. [\[Crossref\]](#)

21. Yurtseven Ş, Deniz Doğan S, Arslan S, Nazik E, Erden Yüksekaya S. Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Farklı Ağrı Ölçekleri ile Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2021; 13(1): 1-7. [\[Crossref\]](#)
22. Freeman K, Smyth C, Dallam L, Jackson B. Pain measurement scales: a comparison of the visual analogue and faces rating scales in measuring pressure ulcer pain. *Journal of Wound Care*. 2001; 28(6): 290-6. [\[Crossref\]](#)
23. Horjales-Araujo E, Dahl JB. Is the experience of thermal pain genetics dependent? *Biomed Res Int*. 2015; 28(6): 349584. [\[Crossref\]](#)
24. Bruehl S, Burns JW, Gupta R, et al. Endogenous opioid inhibition of chronic low-back pain influences degree of back pain relief after morphine administration. *Reg Anesth Pain Med*. 2014; 39(2): 120-5. [\[Crossref\]](#)
25. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007; 133(4): 581-624. [\[Crossref\]](#)
26. DeVon HA, Piano MR, Rosenfeld AG, Hoppensteadt DA. The association of pain with protein inflammatory biomarkers: a review of the literature. *Nurs Res*. 2014; 63(1): 51-62. [\[Crossref\]](#)
27. Juozapaviciene L, Rimdlka R, Karbon Skiene A. Problem with the post burn wound pain: chronic profiles. *Ewma J*. 2012; 12: 33-8.
28. Tengvall OM, Bjornhagen VC, Lindholm C, Jonsson CE, Wengstrom, Y. Differences in pain patterns for infected and non infected patients with burn injuries. *Pain Management Nursing*. 2006; 12: 176-82. [\[Crossref\]](#)
29. Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Manag Nurs*. 2000; 9: 16-22. [\[Crossref\]](#)
30. Cruz-Almeida Y, Sibille KT, Goodin BR, et al. Racial and ethnic differences in older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2014; 66(7): 1800-10. [\[Crossref\]](#)
31. Garbez R, Puntillo K. Acute musculoskeletal pain in the emergency department: a review of the literature and implications for the advanced practice nurse. *AACN Clin Issues*. 2005; 16(3): 310-9. [\[Crossref\]](#)
32. Iyer RG. Pain documentation and predictors of analgesic prescribing for elderly patients during emergency department visits. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(2): 367-73. [\[Crossref\]](#)
33. Anderson DM, Keith J, Novak PD, Elliot MA. *Dorland's illustrated medical dictionary*. W.B. Saunders Company; Philadelphia, PA: 1994.
34. Ligthart L, Visscher CM, van Houtem CM, et al. Comorbidity among multiple pain symptoms and anxious depression in a Dutch population sample. *J Pain*. 2014; 15(9): 945-55. [\[Crossref\]](#)
35. Hannibal KE, Bishop MD. Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Phys Ther*. 2014; 94: 1816-25. [\[Crossref\]](#)
36. Osteras B, Sigmundsson H, Haga M. Perceived stress and musculoskeletal pain are prevalent and significantly associated in adolescents: an epidemiological cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1081. [\[Crossref\]](#)
37. van Dartel SA, Repping-Wuts JW, van Hoogmoed D, Bleijenberg G, van Riel PL, Franssen J. Association between fatigue and pain in rheumatoid arthritis: does pain precede fatigue or does fatigue precede pain? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013; 65(6): 862-9. [\[Crossref\]](#)
38. George SZ, Hirsh AT. Psychologic influence on experimental pain sensitivity and clinical pain intensity for patients with shoulder pain. *J Pain*. 2009; 10: 293-9. [\[Crossref\]](#)
39. Peláez-Ballestas I, Boonen A, Vázquez-Mellado J, et al. Coping strategies for health and daily-life stressors in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and gout: STROBE-compliant article. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94(10): e600. [\[Crossref\]](#)
40. Moore H, Stewart I, Barnes-Holmes D, Barnes-Holmes Y, McGuire BE. Comparison of acceptance and distraction strategies in coping with experimentally induced pain. *J Pain Res*. 2015; 8: 139-51. [\[Crossref\]](#)
41. Park SH, Boyle DK, Bergquist-Beringer S, Staggs VS, Dunton NE. Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Serv Res*. 2014; 49(4): 1205-25. [\[Crossref\]](#)
42. Pieper B, Langemo D, Cuddigan J. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy Wound Manage*. 2009; 55(2): 16-31.
43. Rızalar S, Tural Büyük E, Kaplan Uzunkaya G, Şahin R, As T. Hemşirelerin yara bakım uygulamaları; üniversite hastanesi örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(3): 163-9.
44. Aydın AK, Karadağ A. Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37(5): 487-94. [\[Crossref\]](#)
45. Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011; 18(1): 83-92.
46. McCarthy G, McCluskey P. Nurses' knowledge and competence in wound management. *Wounds UK*. 2012; 8(2): 37-47.