

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI
HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AĞRISI OLAN
HASTALARIN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİLERİ VE
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ

124277

Meltem AKBAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

TC YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tez No: 124.277

ADANA-2003

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI
HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AĞRISI OLAN
HASTALARIN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİLERİ VE
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ**

Meltem AKBAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr.Gürsel ÖZTUNÇ

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
SBE 2002 YL 11 no'lu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:...124277

ADANA-2003

KABUL VE ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi adlı çalışma , aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:27/6/2003

İmza

Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç

Çukurova Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Necdet Aytaç

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Raportör

İmza

Prof. Dr. Nazan Alparslan

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyoistatistik Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun 02-09-2003... tarih ve 14/10-8 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sait Polat

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans programına başlamama fırsat veren ve öğrenimim süresince her konuda desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'a, ders ve tez aşamasında özellikle istatistiksel konularda bilgisine başvurduğum hocam sayın Prof. Dr. Nazan ALPARSLAN'a, çalışmamı sürdürmeme yardımcı olan okul müdürüm sayın Prof.Dr. Necdet AYTAÇ'a, yabancı kaynaklardan yararlanmamı kolaylaştıran yeğenim Burak ALIŐAN'a, çalışmalarımda yardımcı olan arkadaşlarım Öğr. Gör. Melike ÖZTÜRK, Öğr. Gör. Zülfiye TEKİN TAPARLI ve Öğr. Gör. Emine ÖZTÜRK'e ve her konuda beni destekleyen eşim ve çocuklarıma teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| Kabul ve Onay | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| İÇİNDEKİLER | iv |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | vi |
| TABLolar DİZİNİ | vii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | x |
| ÖZET | xi |
| ABSTRACT | xii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİ | 3 |
| 2.1. Ağrının Tarihçesi | 3 |
| 2.2. Ağrı ve Deontoloji | 5 |
| 2.3. Rahatlık | 5 |
| 2.4. Ağrının Doğası | 6 |
| 2.4.1.Ön Yargılar ve Yanlış Kavramlar | 7 |
| 2.5.Ağrının Fizyolojisi | 8 |
| 2.5.1.Kabullenme | 8 |
| 2.5.2.Algılama | 10 |
| 2.5.3.Reaksiyon | 11 |
| 2.5.3.1.Fizyolojik Tepkiler | 11 |
| 2.5.2.2.Davranışsal Tepkiler | 11 |
| 2.6.Ağrının Sınıflandırılması | 12 |
| 2.7.Ağrıyı Etkileyen Faktörler | 15 |
| 2.8.Hemşirelik Süreci ve Ağrı | 17 |
| 2.8.1. Veri Toplama | 17 |
| 2.8.1.1.Hastanın Ağrı İfadesi | 19 |
| 2.8.1.2.Ağrı Deneyiminin Sınıflandırılması | 19 |
| 2.8.1.3.Ağrının Özellikleri | 20 |
| 2.8.1.4.Ağrının Hasta Üzerindeki Etkileri | 23 |
| 2.8.1.5.Nörolojik Durum | 24 |
| 2.8.2.Hemşirelik Tanısı | 24 |
| 2.8.3.Planlama | 25 |
| 2.8.4.Uygulama | 27 |
| 2.8.4.1.Holistik Sağlık Stratejileri | 27 |
| 2.8.4.2.İyilik Sağlamak | 29 |
| 2.8.4.3.Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü | 30 |
| 2.8.4.3.1.Ağrıyı Sezinlemede Rehberlik | 30 |
| 2.8.4.3.2.Dikkati Başka Yöne Çekme | 31 |
| 2.8.4.3.3.Biyolojik Geri Bildirim | 31 |
| 2.8.4.3.4. Self Hipnoz | 32 |
| 2.8.4.3.5.Ağrı Algılamasının Azalması | 32 |
| 2.8.4.3.6.Deri Stimülasyonu | 32 |
| 2.8.4.3.7.Şifalı Bitkiler | 35 |
| 2.8.4.3.8.Diyet | 35 |
| 2.8.4.4. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü | 35 |

| | |
|--|-----|
| 2.8.4.4.1.Analjezikler | 36 |
| 2.8.4.4.2.Hasta Kontrollü Analjezi | 38 |
| 2.8.4.4.3.Lokal ve Bölgesel Anestezi | 39 |
| 2.8.4.4.4.Epidural Analjezi | 40 |
| 2.8.4.5.Ağrı İle Başa Çıkmada Cerrahi Yöntemler | 41 |
| 2.8.5.Değerlendirme | 42 |
| 3.GEREÇ ve YÖNTEM | 43 |
| 3.1.Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi | 43 |
| 4.BULGULAR | 47 |
| 4.1.Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgiler | 47 |
| 4.2.Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Mevcut Durumlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları | 50 |
| 4.3.Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları | 64 |
| 5.TARTIŞMA | 89 |
| 5.1.Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgilerin Tartışması | 89 |
| 5.2.Ağrı Kontrolüne İlişkin Mevcut Durumlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları İle İlgili Bulguların Tartışması | 91 |
| 5.3.Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımlarının Tartışması | 95 |
| 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 109 |
| 6.1.Sonuçlar | 109 |
| 6.2.Öneriler | 113 |
| 7.KAYNAKLAR | 115 |
| EKLER | 119 |
| EK-1 Ağrı Tanılama Formu | 119 |
| EK-2 Ağrı İzlem Formu | 120 |
| EK-3 Ağrı Tanılama ve Girişim Formu | 121 |
| EK-4 Ağrı Dindirme ve Memnuniyet Skalaları | 122 |
| EK-5 Ağrı Tanılama ve Kontrol Formu | 123 |
| EK-6 Ağrı İzleme Kontrol Formu | 124 |
| EK-7 Ağrılı Hastada Bakım Protokolü | 125 |
| EK-8 Anket Formu | 126 |
| ÖZGEÇMİŞ | 133 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 2.1 Sözel tanımlayıcı skala | 21 |
| Şekil 2.2 Sayısal skala | 21 |
| Şekil 2.3 Görsel analog skala. | 22 |
| Şekil 2.4 Analjeziklerin uygulanmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün “Basamak Prensipleri”. | 37 |
| Şekil 2.5 Analjezik uygulama yollarının sıralanması. | 38 |



ÇİZELGELER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Çizelge 2.1 Kronik Ağrı İçin Hemşirelik Tanısı Örneği | 24 |
| Çizelge 2.2 Kronik Ağrı İçin Hemşirelik Bakım Planı Örneği. | 26 |
| Çizelge 2.3 Analjezikler ve Endikasyonları | 36 |
| Çizelge 2.4 Hasta Eğitimi ve PCA İçin Hazırlık. | 39 |
| Çizelge 2.5 Epidural İnfüzyonlu Hastaların Hemşirelik Bakımı | 41 |
| Çizelge 2.6 Ağrı Girişimlerini Değerlendirme Örnekleri | 42 |
| Çizelge 4.1 Hemşirelerin Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı Ortalamaları | 47 |
| Çizelge 4.2. Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklerin Yüzde Dağılımı | 48 |
| Çizelge 4.3 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Eğitim Alma ve Yayın Takip Etme Durumlarının Yüzde Dağılımı | 49 |
| Çizelge 4.4 Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikte Uyguladıkları ve Nasıl Uygulanacağını Bildiklerini İfade Ettikleri Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yüzde Dağılımı | 50 |
| Çizelge 4.5 Hemşirelerin Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı | 52 |
| Çizelge 4. 6 Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yaşadıkları Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı | 53 |
| Çizelge 4.7 Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı | 55 |
| Çizelge4. 8 Hemşirelerin “Ağrı Kontrol Yöntemi Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı | 56 |
| Çizelge 4.9 Hemşirelerin, “Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı | 57 |
| Çizelge 4.10 Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı | 58 |
| Çizelge 4.11 Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı | 59 |
| Çizelge 4.12 Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Kliniklere Göre Dağılımı | 61 |

| | |
|---|----|
| Çizelge 4.13 Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlıyorsunuz?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı | 63 |
| Çizelge 4.14 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularını Verdikleri Doğru Cevapların Yüzde Dağılımı | 64 |
| Çizelge 4.15 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı | 66 |
| Çizelge 4.16 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı | 69 |
| Çizelge 4.17 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı | 72 |
| Çizelge 4.18 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı | 74 |
| Çizelge 4.19 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Okulda Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı | 75 |
| Çizelge 4.20 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı | 77 |
| Çizelge 4.21 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağrıya İlişkin Yayın Takip Etme Durumlarına göre Dağılımı | 78 |
| Çizelge 4.22 Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı | 81 |
| Çizelge 4.23 Hemşirelerin İlaç Dışı Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumlarının Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı | 82 |
| Çizelge 4.24 Hemşirelerin Bazı Ağrı Durumlarının Akut veya Kronik Olduğunu Bilme Durumlarının Yüzde Dağılımı. | 83 |
| Çizelge 4.25 Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişi Önerbilme Durumlarının Yüzde Dağılımı. | 84 |
| Çizelge 4.26 Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerbilme Durumlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı. | 85 |
| Çizelge 4.27 Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerbilme Durumlarının Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı. | 86 |
| Çizelge 4.28 Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerbilme Durumlarının Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı. | 87 |

Çizelge 4.29 Hemşirelerin Örnek Ağırlı Bir Hastaya Yönelik Önerdikleri Üçer Hemşirelik Girişimlerinin Yüzde Dağılımı.

88



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------------|---|
| A | Akut |
| Ame. ve Anes. | Ameliyathane ve anestezi |
| AÖF | Açık Öğretim Fakültesi |
| °C | Santigrat derece |
| cm | Santimetre |
| D | Doğru |
| Değerlen. | Değerlendirme |
| Düşl. | Düşleme |
| Hem. | Hemşirelik |
| Hem. Her Zaman | Hemen her zaman |
| IASP | Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği |
| I.V | İntravenöz |
| K | Kronik |
| Kl. | Klinik |
| M.Ö. | Milattan önce |
| NSAID | Nonsteroidal Antieflamatuar İlaçlar |
| PCA | Hasta Kontrolü Analjezi |
| P değ. | P değeri |
| S.C | Subkutan |
| SML | Sağlık Meslek Lisesi |
| TENS | Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu |
| Uyg. | Uygulama |
| vb. | Ve benzeri |
| vs. | Vesaire |
| Y | Yanlış |
| Yoğun Bak. | Yoğun Bakım |
| Yönt. | Yöntem |
| x | Sütun yüzde |
| xx | Satır yüzde |
| β | Beta |
| % | Yüzde |
| ↑ | Artan |
| ↓ | Azalan |
| = | Eşittir |
| < | Küçüktür |
| > | Büyüktür |

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan ağrı, herkesin yaşamının bir döneminde değişik çeşit ve derecelerde yüz yüze kaldığı bir olgudur. Sözlük anlamı vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olan ağrı, sağlık bakımı gerektiren en yaygın nedenlerden biri olmasına rağmen çok iyi anlaşılammış ve bu nedenle günümüzde en önemli tıbbi sorunlardan biri olmaya devam etmektedir.

Ağrı deneyimi dinamiktir ve bunu anlamak hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşire, ağrı kontrolünü sağlamak için, hasta ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapmalıdır. Hemşireler, ağrı yönetimi ve ağrının hafifletilmesinden etik olarak sorumludurlar.

Bu çalışma, hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerini araştırmak için yapılmıştır. Araştırmaya Ç.Ü. Balcalı Hastanesinde gündüz çalışan 198 hemşire dahil edilmiştir. Veriler, hemşireleri tanımlayan, hemşirelerin bakım hakkındaki bilgisini ölçen bir anket formu ile toplanmıştır.

Hemşirelerin yaş ortalamasının 30.89, mesleki deneyim yılı ortalamasının 12.0 olduğu, %52.0'nin kronik ağrı deneyimi olmadığı, %42.4'ünün ağrılı hasta ile sıklıkla karıştıktıklarını ifade ettikleri, %70.2'sinin okulda ağrı eğitimi aldığı, %88.4'ünün okul dışı ağrı eğitimi almadığı ve ağrıya ilişkin yaygın takip etmediği, %88.9'unun farmakolojik yöntemleri kullandığı, %85.4'ünün sözlü ifadelerle dayanarak ağrı değerlendirmesi yaptıkları, %96.5'inin narkotik analjeziklerin uygulanmasında dikkat edilecek noktaları, %3'nün ise ağrı teorilerini bildiği görülmüştür.

Bu çalışmanın sonunda, hemşirelerin ağrılı hastaların bakımı ve ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Sonuçlar değerlendirildikten sonra hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımının kalitesini artırmak için eğitimde kullanılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ağrı, Bakım, Girişimler, Hemşirelik.

ABSTRACT

The knowledge about pain and Nursing Interventions Related to Care of Patient With Pain of Nurses Working in Balcalı Hospital of Medical Faculty at University of Çukurova

Pain, which is as old as human history, is a fact that an individual comes face to face with different kinds and degrees of it in a period of his/her life. Pain means continuous and sere ache in any part of the body. Although it is most common reason that needs health care, it is not understood very well, and for this reason it continues to be one of the most important medical problem.

Pain experience is dynamic and understanding this is the responsibility of the nurse. Nurse makes cooperation with the patient and the other members of the health care team to control pain. Nurses are ethically responsible for pain management and pain relief.

This study has been done in order to investigate the knowledge of nurses about the patients with pain and related nursing interventions.

One hundred and ninety eight nurses working daytime at Balcalı Hospital of Çukurova university Faculty of Medicine are included to the scope of research. The data was collected by the use of a questionnaire which included questions about pain in general and related nursing practices.

It is discovered that average of nurses' ages was 30.89, average of their professional experience was 12.0 years, of all the nurses 52.0% did not have chronic pain experience, 42.4% stated that they frequently encounter patients in pain, 70.2% had pain education at school, 88.4% did not have pain education except school and did not follow a publication related to pain, 88.9% used pharmacological methods, 85.4% made evaluation based verbal expressions at all the nurses, 96.5% knew important points in narcotic analgesic administration knowledge about pain.

At the end of this study it has been seen that nurses had little knowledge about pain control methods. After the evaluation of the conclusions, they will be used in education to increase the nursing care and the quality of the nursing care.

Key Words: Care, Interventions, Nursing, Pain.

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI
HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AĞRISI OLAN
HASTALARIN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİLERİ VE
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ**

Meltem AKBAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Tez No:.....

ADANA-2003

1.GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski olan ağrı, herkesin yaşamının bir döneminde değişik çeşit ve derecelerde yüz yüze kaldığı bir olgudur. Sözlük anlamı vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olan ağrı, sağlık bakımı gerektiren en yaygın nedenlerden ve tıp dünyasında görülen en yaygın belirtilerden biri olmasına rağmen çok iyi anlaşılammış ve bu nedenle günümüzde en önemli tıbbi sorunlardan biri olmaya devam etmektedir^{1,2,3,4,5,6}.

Ağrılı bir kişi acı ve ızdırıp hisseder ve çare arar. Hemşireler, hastanın rahatını sağlamak veya ızdırabını hafifletmek için bir çok ortamlarda ve durumlarda değişik girişimler uygularlar. Örneğin; evde bakım hemşiresi terminal dönemdeki kanserli hastalara bakar, okul hemşiresi travmaya maruz kalan çocuklara ilk yardım yapar, klinik hemşiresi kronik eklem ağrısı için terapi uygular. Hemşire, hastanın ağrısını göremez veya hissedemez. Ağrı subjektiftir, iki farklı kişi ağrıyı aynı şekilde deneyimleyemez ve iki ayrı ağrı verici olay bir kişide aynı hisleri, tepkileri oluşturmaz^{2,3,4,5,6}.

Ağrı deneyimi dinamiktir ve bunu anlamak hemşirenin sorumluluğundadır². Hemşire, ağrı kontrolünü sağlamak için, hasta ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapmalıdır. Hemşireler, ağrı yönetimi ve ağrının hafifletilmesinden etik olarak sorumludurlar. Etkili bir ağrı yönetiminin amacı; sadece fiziksel rahatsızlığı azaltmak değil, aynı zamanda erken ayağa kaldırma ve işe dönme, daha az klinik ziyaret, kısa süreli hastanede kalma ve sağlık bakım giderlerini en aza indirmeyi sağlamaktır^{2,4,7,8,9,10,11,12}.

Bu araştırma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgilerinin ve hemşirelik girişimlerinin araştırılması ve sonuçlarının, daha etkili ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı verebilmek için örgün ve hizmet içi eğitimde kullanılması amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Ağrı ile ilgili yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen etkili ağrı kontrol yöntemlerine rağmen çok sayıda insan akut veya kronik ağrı deneyimlemektedir. Ayrıca ağrı, kişiyi en fazla profesyonel yardım almaya iten semptomlardan biridir. Hasta açısından bu kadar önemli, kompleks ve yıpratıcı olan ağrı deneyiminin giderilmesinde önemli yeri olan hemşirelerin bilgilerinin ve hemşirelik

girişimlerinin belirlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek eğitim için kullanılması hastalara ve hemşirelik uygulamalarının gelişimine katkıda bulunacaktır.



2. GENEL BİLGİ

2. 1. Ağrının Tarihçesi

Ağrı Türkçe bir sözcüktür. Türkçe’de somut ve bedensel acılar için ağrı, soyut ve bedensel acılar için ise acı kavramları kullanılmaktadır. Farsça’dan dilimize geçen dert sözcüğü ise ağrı ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır¹³.

Ağrı, Latince’de dolor, Fransızca’da peine, İngilizce’de pain ve ache, Almanca’da schmerz sözcüklerine karşılık gelmektedir. Türk tıp tarihinde ağrı ve sancılar için, veca, ıstırap ve sancı sözcükleri kullanılmıştır¹³.

Ağrının tarihi insanlık kadar eskidir. Prehistorik dönemde insanlar ağrılarını dindirmek için iç güdüsel olarak, ağrıyan bölgeyi soğuk nehir sularına daldırmak veya güneşte ısınmış taşı ağrıyan bölgeye bastırmak gibi çeşitli davranışlarda bulunmuşlardır. Bu dönemde ağrı, insanlar için tanrıların bir gazabı olarak görülür ve ağrılarını azaltmak için büyü ve dinsel inançlarına göre hareket ederlerdi^{7,11,13,14,15,16}.

Eski Mısır Uygarlığında, papiruslarda ağrının nedenleri ve kullanılan ilaçlardan ve hekim İmhotep’den bahsedilmektedir. Mısırlılar diş ağrısı için soğuk uygulama kullanmışlardır¹.

Eski Hint Uygarlığının kutsal kitabı Rigsera’da bugün de kullanılan analjeziklerden söz edilmektedir. Bu dönemde Budizm bilimsel gelişmeleri olumsuz etkilemiştir¹.

Çin Uygarlığında, bugün de geçerli olan insan ve dünyanın denge halinde olduğu görüşü hakimdi. Bu görüşten hareketle ağrı gidermede akupunkturu kullanmışlardır. Önce bambu, daha sonra altın gümüş ve çelik iğnelerle uygulamışlardır^{1,14,15}.

Mezopotamya Uygarlığında, M.Ö. 2250 yıllarına ait tabletlerde diş ağrısı için kullanılan bir reçeteden ve analjezik olarak kullanılan mandagora, afyon ve uyku verici olarak da güzel avrat otundan bahsedilmektedir^{1,14,15}.

Eski Yunan Uygarlığında, Democritus ve tıbbın babası Hipokrat ağrı ve ağrı teorileri konusunda çalışmalar yapmışlardır. Bu dönemde Hipokrat ağrı kontrolünde, afyon, mandagora, köknar ağacı ve fizyoterapiyi kullanmış ve ameliyat sırasında da karotis arterine basınç uygulamıştır^{1,14,15}.

Büyük İskender Döneminde, diğer bilimsel alanlarda olduğu gibi ağrı konusunda da etkili çalışmalar yapılmıştır.

Eski Roma Uygarlığında, Disscorides ilk defa analjezik hap üretmiş, Galen ise ağrıyı tanımlamıştır^{1,14,15}.

İslam dini bilimsel çalışmaları olumlu yönde etkilemiştir. Çeşitli bilim adamları analjezik ve sedatif etkisi olan bitkileri açıklamışlardır. İbn-i Sina ağrıyı, günümüzdekine yakın olarak tanımlayarak sınıflandırmış ve bir çok ağrı kontrol yöntemi kullanmıştır. Yine ağrı kontrolünde kateterizasyon bu dönemde geliştirilmiştir.

Rönesans döneminde bilimsel çalışmalar hızlanmıştır. Leonardo Davinci anatomi, fizyoloji üzerine çalışmalar yapmış ve ağrıyı tanımlamıştır. Dinin etkisi analjezik kullanımını kısıtlamıştır. Bu dönemde eter, çeşitli uyku verici ve analjezik etkisi olan ilaçlar kullanılmıştır^{1,14,15}.

Erken Modern çağda başlayan bilimsel çalışmalar bu güne kadar gelen ilerlemelerin başlangıcı olmuştur. Descartes, Darwin, Joseph Priestley, Sir Humprey Dauy, Schiff Van Frey, Henle ve Erb ağrı, ağrı teorileri, analjezikler ve anestezi konusunda çalışmalar yapmışlardır^{1,14,15}.

19. yüzyıl ve daha öncesinde bir çok analjezik kullanılmış ve bu dönemde Sertürner tarafından morfinin, Hoffman tarafından aspirinin üretilmesi ve Pravaz ve Wood tarafından da enjektörün geliştirilmesinin ağrı kontrolüne büyük katkıları olmuştur^{1,14,15}.

1800'lü yıllarda Dauy'nin ameliyatlarda azot protoksitin kullanılabilceğini açıklaması ve morfini yalıtılması, Larey'in amputasyon ameliyatında buz anestesisini kullanması, Marton'un eterin cerrahide kullanılabilceğini açıklaması, Simpson'un kloroformu anestezide kullanması anestezi devrimi olarak kabul edilmektedir^{1,14,15}.

Türk tıp tarihinde Uygurlar ağrı kontrolünde çeşitli bitkisel ve hayvansal ilaçlar ve Selçuklular ise ağrı kontrolü ve anestezi için delice otunu kullanmışlardır. Selçuklularda İbn-i Sina ve Biruni ağrı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapmışlardır. 1900'lü yıllardan itibaren Cemil Topuzlu, Besim Ömer Akalın, Rıza Nur, Burhanettin Toker ve Kazım İsmail Gürkan ağrı konusunda yazılar yazmışlardır^{1,7,11,14,15}..

1935-1945 yıllar arasında ağrı ile ilgili bir çok gelişmeler olmuştur. Ağrı tedavisinin babası Bonica 1953'de "The Management of Pain" isimli kitabını yayınlamıştır. 1960'da Bonica, bir beyin cerrahı olan White ve Hemşirelik Fakültesinden Crowley ile ilk multidisipliner ağrı kliniğini kurmuştur. 1974'de Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin (IASP) kurulması ile birlikte dünyanın bir

çok yerinde ağrı klinikleri kurulmaya başlamıştır. Ülkemizde multidisipliner anlamda ilk ağrı kliniği 1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde, 1990 yılında ise ilk defa aynı fakültenin Anesteziyoloji Anabilim Dalına bağlı olarak Algoloji Bilim Dalı kurulmuştur. Günümüzde bir çok üniversite hastanesinde Algoloji Bilim Dalı bulunmaktadır.^{1,7,11,14,15}

2. 2. Ağrı ve Deontoloji

Ağrılı hasta ve etik sorunlar üzerinde bu güne kadar yeterince durulmamıştır. Hastanın değerlendirilmesinde, uygulanan tedavi yöntemlerinde, ağrı gibi subjektif bir olayın ele alınmasında hastanın içinde bulunduğu sosyo-ekonomik ve moral değerlerin de göz önünde bulundurulması gerekir^{2,16,17}.

Deontolojinin başlıca öğeleri; otonomi, zarar vermeme, haklılık, dürüstlük ve güvenilirliktir^{2,16,17}.

Otonomi ilkesine göre ağrılı hastalara yapılacak girişimlerin ayrıntılı olarak anlatılması ve mutlaka yazılı onayının alınması gerekir. Ancak bazı durumlarda uygulanacak yöntemlerin ve sonuçlarının hasta yerine hasta yakınlarına açıklanması (paternalizm) gerekebilir. Örneğin; kanserli hastalarda yaşam süresi ve uygulanacak tedavi risklerinin anlatılması ruhsal çöküntüye neden olabilir. Batıda kanserli hastalara kesine yakın bilgi verilirken, ülkemizde paternalizm ilkesi uygulanmaktadır^{2,16,17}.

Ağrılı hastanın ötanazi isteği ile ilgili olarak hastaları, kanserli ve kanser dışı nedenlere bağlı şiddetli ağrılardan yakınan hastalar diye ikiye ayırmak gerekir. Ötanazi isteği daha çok kanserli hastalardan gelmektedir^{2,16,17}.

Ötanazi düşüncesi bir anlamda tıbbın ağrı karşısında çaresizliği ile ortaya atılmıştır. Son gelişmelerle kanser ağrılarının % 95'i kontrol edilebilmekte ve bu durum da ötanazi düşüncesini ortadan kaldırıcı etki göstermektedir^{2,16,17}.

2. 3. Rahatlık

Rahatlık, hemşirelik bilim ve sanatı için temel kavramdır. Çeşitli hemşirelik kuramcıları rahatlığı, hemşirelik bakımı ile karşılanan temel insan gereksinimleri olarak ifade etmektedirler².

Rahatlık kavramı ağrı kadar subjektiftir. Her bireyin getirdiği fiziksel, sosyal, psikolojik ve kültürel özellikleri, rahatlığın nasıl yorumlanacağını ve deneyimleneceğini

etkiler. Colcaba'a göre rahatlık, hastaların subjektif deneyimleri ile uyumlu bir tavır, üstünlük, ferahlık, kolaylık için temel insan gereksinmelerinin karşılanma biçimidir ².

Rahatlık, fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel koşullar değerlendirilerek ve gerekli girişimler uygulanarak sağlanır. Mahon, ağrı deneyimi yaşanmış gibi anlaşılır olmalıdır diyerek hemşirenin ağrının bireyselliğini ve anlamını araştırmasının önemini vurgulamıştır ².

2. 4. Ağrının Doğası

Ağrı, subjektif ve ileri derecede bireyseldir. Ağrılı uyaranlar fiziksel ve mental yapıya, bireyin ego fonksiyonuna ve gerçek dokuya zarar verebilir. McCaffery'e göre ağrı, "hastanın söylediği şeydir, söylüyorsa vardır"^{2,4,7}. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneğine göre ağrı, "vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmişteki deneyimleri ile ilgili, emosyonel, hoş olmayan bir duyumdur" ^{1,6,16}. Acı ise ağrı, korku, tedirginlik, stres, sevilen bir kişinin kaybı ve diğer bir takım psikolojik durumlarda ortaya çıkan olumsuz bir yanıtır ^{1,13,14,15}. Ağrı, bireyseldir, hoş olmayan baskın bir güç ve süreklidir. Ağrı, bireyi yorar ve enerjisini tüketir, kişiler arası ilişkilerini kesintiye uğratar ve yaşamın anlamını etkiler. Ağrı, kan testleri veya röntgen gibi objektif bir şekilde ölçülemez. Bazı ağrı çeşitleri tahmin edilebilir belirti ve bulgular göstermesine rağmen genellikle hemşire ağrıyı sadece hastanın sözlerine ve davranışlarına dayanarak değerlendirir. Ağrı kontrolünde ekibin değişmez üç üyesi, hasta, hemşire ve hekimdir. Bunlardan sadece hasta, ağrının olup olmadığını veya nasıl olduğunu bilebilir. Bir hastanın ağrı ile baş edebilmesi için hemşirenin hastanın ağrısı olduğuna inanması gerekir ^{2,6,7,17,18,19,20,21,22,23}.

Ağrı koruyucu ve psikolojik bir mekanizmadır. Ağrı hissedildiğinde bireyin davranışlarını değiştirir. Örneğin; ayağı burkulan birisinin ayağına daha fazla zarar vermemek için ayağına fazla ağırlık vermemesi gibi. Hemşire, ağrıyı değerlendirirken ilk olarak ağrının doku hasarı uyarıcı olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Hemşire, yanık veya toraks yaralanmalarında hastalara daha dikkatli davranmalı, spinal kord yaralanmalarında olduğu gibi duyuları algılayamayan hastaların ağrı kaynaklarının neler olduğunu tahmin etmeli, hayati belirtileri ve psikolojik değişiklikleri de yakından gözlemeyi bilmelidir ^{2,7}.

Ağrı, yetersizliğin en başta gelen nedenlerindedir. Ortalama yaşam süresinin artması ve tıbbi teknolojinin ilerlemesi nedeni ile hastalara uygulanan teşhis ve tedavi yöntemleri beraberinde hastayı rahatsız edici durumları da getirmiştir. Ayrıca hastalığı teşhis edilmiş kişilerin en büyük korkularından biri de ağrı yaşama korkusudur. Hemşireler, günlük olarak bu tür hastaların bakımından sorumludurlar^{2,7}.

2. 4. 1. Ön Yargılar ve Yanlış Kavramlar

Sağlık çalışanları genellikle ağrılı hastalara karşı ön yargılıdırlar. Hemşireler, hasta ağrının objektif işaretlerine sahip değilse hastanın rahatsız olduğuna inanmayabilir. Hemşirelerin ağrıya ilişkin davranışları, hastalığın geleneksel sağlık modelinin bir parçasıdır. Bu model, fiziksel problemin fiziksel nedenlerden kaynaklandığı görüşünü savunur. Ağrı, organik bozukluklara fiziksel bir tepki olarak görülür. Hemşireler, açık bir ağrı kaynağı bulunmadığı zaman ağrı ifade edenleri şikayetçi veya zor hasta olarak tanımlarlar^{2,7}.

Ağrıya ilişkin literatürler, hastaların ağrılarının tanı ve tedavilerinin yeterli olmadığını, bunun nedenlerinin ise ağrı biliminin yeni olmasından, hekim ve hemşirenin ağrı tanılama ve yönetimi konusundaki bilgi yetersizliğinden kaynaklandığını göstermiştir^{2,7}.

Hemşirenin, ağrılı hasta hakkında varsayımlarda bulunması hastanın ağrısını giderme yeteneğini sınırlar. Hemşire, hastanın rahatlamasına ve ağrıdan kurtulmasına yardım etmek için hastanın gözlerindeki ifadeyi görmelidir. Hemşirenin, kişisel ön yargıları ve yanlış anlamaları önceden bilmesi hastanın problemini daha profesyonelce anlamasını sağlar. Aktif, bilgili ve gözlemci bir hemşire ağrılı bir hastanın ağrısının analizini daha objektif bir şekilde yapar. Hasta, ağrısının olduğunu teşhis eder ve hemşire de hastayı ağrıdan kurtaracak teknikleri ve becerileri uygular.^{2,7}

Moss ve Mayer, ağrının giderilmesinde hemşirelik yaklaşımlarının ilaç uygulamalarından daha etkili olduğunu göstermişlerdir⁴. Ayrıca ilaç uygulamalarında da komplikasyonların takibi ve hemşirelik girişimleri de çok önemlidir⁸.

Ağrıya ilişkin yanlış kavramlar ve yaygın ön yargılar şu şekilde sıralanabilir;

1. Ağrının uzmanı hasta değil, sağlık personelidir.
2. Ağrılı hasta rolü oynamak ve ağrının ikincil kazanç için kullanımı yaygındır.
3. Ağrının gerçek olması için tanımlanabilir bir patoloji olmalıdır.

4. Ağrısı olan hastalarda gözlenebilir fizyolojik ve davranışsal belirtiler vardır.
5. Ağrısı olan hastalara ağrı toleranslarını yükseltmeleri öğretilmelidir. Hasta ne kadar uzun ve şiddetli ağrı çekmişse ağrı toleransı da o kadar daha iyidir.
6. Hastalar, hastanede ağrıları olacağını beklemelidirler.
7. İlaç istismarı ve alkolizm rahatsızlığın önüne geçer.
8. Küçük rahatsızlığı olan hastalar, çeşitli fiziksel rahatsızlığı olan hastalardan daha az ağrı yaşarlar.
9. Düzenli bir şekilde analjezik verme ilaç bağımlılığına neden olur.
10. Yaralanmada, doku hasarının şiddeti ağrı yoğunluğunu gösterir.
11. Psikolojik ağrılar gerçek değildir.
12. Kronik ağrı psikolojiktir ^{2,7}.

2. 5. Ağrının Fizyolojisi

Ağrı, fiziksel, duygusal ve davranışsal reaksiyonların kompleks bir karışımıdır. Ağrı uyarıcıdır. Bir ağrı uyararı periferel sinir lifleri üzerinden spinal korda girer ve spinal korddan gri maddeye bir çok yol üzerinden ulaşır. Burada ağrı mesajı, inhibitör sinir hücrelerini etkileyerek uyarının beyine ulaşmasını engeller veya serebral kortekse aktarılmasını sağlar. Bir ağrı uyararı serebral kortekse ulaştığı zaman beyin, kültürel etkileşim, bilgi ve geçmiş deneyimlerin etkisi ile bireyin ağrıyı algılamasını sağlar. Ağrının anlaşılmasında önemli olan üç unsur; algılama, kabullenme ve reaksiyondur. Ağrılı hasta bu unsurlar arasında ayırım yapamaz. Hemşirenin bu unsurları anlaması, ağrıya neden olan faktörleri, ağrının belirtilerini, ağrıya ilişkin planlanmış bakım ve tedavi girişimlerini ve ağrının temelini tanımlamasını sağlar ^{2,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33}.

2. 5. 1. Kabullenme

Bütün hücresel hasarlar, ağrı üreten maddelerin salınmasına neden olan termal, mekanik, kimyasal ve elektriksel uyarımlarla oluşturulur. Sıcak, soğuk, basınç, ovma işlemi ve kimyasalların açığa çıkması ağrıya ilişkin nöral taşınmayı başlatmak için nosiseptördeki (zararlı uyarımlara cevap veren reseptörler) reseptör alanları birleştiren histamin, bradikinin ve potasyum gibi maddelerin salınmasını sağlar ^{2,6,11,26}.

Bütün dokularda ağrı reseptörleri olmadığı gibi (beyin ve alveoller) bazı reseptörler de belli bir çeşit ağrı uyarımına duyarlıdır. Ağrı reseptörlerinin birleşimi

ağrı eşiğine (bireyin uyarılabildiği en düşük uyaran şiddeti) ulaştığı zaman ağrı nöronları aktif hale geçer. Vücut şekli ve boyutlarının farklılığına bağlı olarak ağrı reseptörlerinin dağılımı da farklıdır. Vücudun bazı kısımları ağrıya çok duyarlı, bazı kısımları ise daha az duyarlı olabilir. Genetik faktörler, bireylerin ağrı üretim maddelerinin üretimini etkiler^{2,25,26,27}.

Ağrılı sinir impulsları afferent periferel sinir lifleri boyunca ilerlerler. Bunlar; hızlı, myelinli A delta lifleri ve küçük, yavaş, myelinsiz C lifleridir. A lifleri ağrının kaynağını bölgeselleştiren ve yoğunluğunu ortaya çıkaran keskin, yerel ve bağımsız duyarlar yollar ve akut yaralanmalarda hızlı konpenente bilgi verir. C lifleri, yaygın, yüzeysel ve devamlı impulsları iletirler. Hücreler zarara uğradığı zaman C lifleri, açığa çıkmış kimyasal maddeler tarafından aktif halde tutulurlar².

A-delta ve C lifleri, periferel sinir lifleri ile impulsları iletildiği zaman ağrı cevabını başlatan veya hassaslaştıran biyokimyasal maddeler (arabulucular, mediatörler) salınır. Ağrılı uyarılar spinal kordun dorsal boynuzuna kadar afferent sinir lifleri boyunca devam eder. Burada iletiyi sağlayacak P maddesi salınır. P maddesi ile ağrı impulsları spinotalamik yolu geçerek spinal korda ulaştıktan sonra bilgi, retikular oluşum, limbik sistem ve talamusu içeren beyinin üst merkezine, duyu ve serbest çağrışım korteksine hızlı bir şekilde iletilir^{1,2,25,26,27}.

Vücut, ağrı kabulünü düzenleme ve değiştirme özelliğine de sahiptir. Spinal trakta bulunan sinir lifleri ağrılı uyarıların taşınmasını engelleyen nöroregülatörler (nörodüzenleyiciler) salgırlar².

Ağrı kabulü ile birlikte koruyucu refleks tepkileri de meydana gelir.

Ağrı kabulü için sinir sisteminin sağlıklı olması gerekir. Ağrı kabulünü engelleyen yaygın faktörler, travma, ilaçlar, metabolik bozukluklardır^{1,2,25,26,27}.

Nörolojik Düzenleyiciler (Nöroregülatörler): Nöroregülatörler sinir uyarılarının taşınmasını sağlarlar. Bu maddeler, nosiseptör alanlarda, spinal kordun dorsal boynuzunun sinir uçlarında ve spinotalamik traktın reseptör alanlarında bulunurlar. Nörotransmitterler; P maddesi, serotonin ve prostaglandinlerdir. Nöromodülatörler ise endorfin, dynorfin ve bradikininidir².

Ağrı için ilaç tedavisinde nöroregülatörler üzerine etkili olan ilaçlar kullanılır².

Ağrının Kapı Kontrol Teorisi: Melzack ve Wall'un kapı kontrol teorisine göre, ağrı uyarıları düzenlenebilir veya bloke edilebilir. Bu kapatma mekanizmaları spinal

kordun dorsal boynuzundaki substantia jelatinoza hücrelerinde, talamusta veya limbik sistemde bulunabilir. Hemşireler, bu kapıları etkileyen faktörleri öğrenerek ağrı yönetiminde kavramsal bir bilgiye sahip olmalıdırlar.

Kapı kontrol teorisinde, ağrıdan kurtulmak için kapının kapanması gerekir. A-delta ve C lifleri ağrı uyarılarını geçirmek için P maddesi salar, A ve β sinirleri de geçişi engellemek için inhibitör nörotransmitter salarak kapının kapanmasını ve ağrılı uyarıların geçişini engellemeye çalışırlar. Eğer A ve β sinirlerinin girdisi, C ve A-delta sinir liflerinin girdisinden daha fazla ise kapı kapanır ve ağrı uyarılarının geçişi engellenir, tersi durumda kapı muhtemelen açıktır ve hasta ağrının farkına varır. Masaj ile A ve β lifleri (mekanoreseptörler) uyarılabilir. Ağrı uyarıları beyine kadar gitse bile vücudun kendi ağrı kesicileri olan endorfin ve dynorfin gibi endojen opioidler salınarak ağrının algılanması değiştirilebilir. Bu noromodülatörler P maddesinin salınımını engelleyerek kapı mekanizmalarını kapatırlar. Dikkati başka yöne çekme, danışma, plasebo teknikleri endorfin salınımı yollarıdır ^{1,2,7,34,35,36}.

2.5.2. Algılama

Algılama bir insanın ağrıdan haberi olduğu noktadır. Algılama, ağrıya anlam vererek ve farkında olmayı sağlayarak kişinin ağrıya reaksiyon vermesini sağlar. Mienhart ve McCaffery ağrı algılamasını üç etkileşim sistemine ayırmışlardır ^{2,7}.

Ağrı algılamasının interaksyonel sistemleri

Duyu-Ayırıcı

- Sinir iletimi, duyu korteksi ve talamus arasında meydana gelir.
- Birey, ağrının yerini, şiddetini ve karakterini algılar.
- Bilinci azaltan faktörler (analjezikler, anestetikler, serebral hastalıklar) ağrı duyusunu azaltır.
- Uyarıların farkında olmayı artıran faktörler (anksiyete, uykusuzluk) ağrı duyusunun algılanmasını artırır.

Motivasyonel-Etkili

- Retiküler formasyon ve limbik sistem arasındaki interaksiyon ağrı duyusuna neden olur.
- Retiküler formasyon kişinin ağrı uyarılarından kaçmasına veya ağrıyı kesintiye uğratmasına neden olan karşı koyucu tepki yaratır.

- Limbik sistem, duygusal tepkiyi ve ağrı ile başa çıkma yeteneğini kontrol eder.

Kognitif- Değerlendirilebilir

- Beyindeki yüksek kortikal merkezler algılamayı etkiler.
- Kültür, ağrı deneyimi ve duyular ağrı yaşantısının değerlendirilmesini etkiler.
- Bu sistem, hastanın ağrının niteliğini ve yoğunluğunu ifade etmesine yardımcı olur ki bu da gerekli işlemlerin yapılabilmesini sağlar².

2. 5. 3. Reaksiyon

Ağrıya reaksiyon, ağrı hissedildikten sonraki fizyolojik ve davranışsal tepkilerdir².

2. 5. 3. 1. Fizyolojik Tepkiler

Düşükten orta dereceye kadar olan ve yüzeysel ağrılar genel adaptasyon sendromunun “flight or fight” reaksiyonunu sağlar. Sempatik sinir liflerinin uyarılması ile fizyolojik reaksiyonlar görülür^{1,2,7}.

Bunlar, bronşların dilatasyonu, solunum sayısında, kalp atış hızında, kan basıncında (periferel vazokonstriksiyon), kan glikoz düzeyinde ve kas gerginliğinde artma, solgunluk, pupillalarda dilatasyon, gastrointestinal motilitede azalmadır.

Eğer ağrı, devamlı, şiddetli ve derinse parasempatik sinir sistemi harekete geçer. Solgunluk, kas gerginliği kalp atım hızı ve kan basıncında azalma, hızlı ve düzensiz solunum, bulantı, kusma, güçsüzlük veya yorulma belirtileri görülür^{1,2,7}.

Ağrıya devamlı fizyolojik tepki bireye ciddi zararlar verebilir. Şoka neden olabilecek şiddette ağrı dışında, insanlar genellikle belli bir süre sonra uyum düzeyine ulaşırlar. Uyum döneminde ağrının şiddeti değişmemiş olmasına rağmen fizyolojik olarak kan basıncı, nabız, solunum, pupillalar ve deri normale dönmüştür. Bu nedenle ağrılı hastalar her zaman fiziksel işaretler göstermezler^{1,2,7}.

2. 5. 2. 2. Davranışsal Tepkiler

Eğer ağrı hissedildiğinde önem verilmezse insanın yaşam kalitesini düşürücü döngüsel olaylar başlar. Mainhart ve McCaffery’e göre ağrı üç evreden oluşur. Bunlar; Sezinleme, duyu (hissetme) ve yan etki evreleridir. Sezinleme evresinde kişi, travmatik yaralanma ve tahmin edilemeyen ağrılar dışındaki ağrıyı sezinler. Sezinleme, kişinin

ağrı ve ağrıyla baş etme yöntemlerini değerlendirmesini sağlar. Hemşire, hastalara uygun açıklamalarda bulunarak ağrıyı anlamalarını ve anksiyetelerini kontrol etmelerini öğretir^{1,2,7}.

Ağrı duyusu, ağrı hissedildiğinde ortaya çıkar. Ağrı toleransı, bireyin ağrı uyarısının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. Tolerans, değerlere, motivasyona ve tavırlara bağlıdır^{1,2,7}.

Ağrı, fiziksel ve psikolojik sağlığı tehdit eder. Hastaların bazıları ağrılarını ifade etmekten kaçınırken bazılarının ağrı toleransı yüksek, bazılarının ise ağrı toleransı düşüktür. Hemşireler genellikle ağrı toleransı yüksek hastalara bakmak isterler^{36,37}.

Ağrı göstergesi olan tipik vücut hareketleri hareketsiz kalma, yerinde duramama, kasları germe, ellerle veya parmaklarla oynama, yürüme, ritmik sürtünme hareketi, vücut parçalarının hareketini önleme, yüz ifadeleri, suratı buruşturma, dişleri gıcırdatma ya da sıkma, alnı buruşturma, dudakları ısırma, ağzını ya da gözlerini açma ya da kapatma, ağırlı kısmı kaldırma, eğri duruş ve suratın şeklindedir. Ayrıca, hastalar, ağlama, inleme, homurdanma gibi sesler çıkarabilir, huzursuz olabilir veya sık sık istekte bulunabilirler. Sosyal anlamda ise dikkatini toplayamama, sadece ağrıya odaklanma, sosyal ilişki kuramama, dikkat süresinde azalma gözlenebilir. Hemşire, ağrıyı yansıtan davranış modellerini tanımalıdır. Bazı hastalar ağrıyı açık olarak ifade etmeyebilirler. Bu durumda hemşire, hastanın ağrı tepkisini iletmesine yardım etmelidir. Hastada ağrıya karşı fizyolojik yanıtlarda uyum olduğu gibi davranışsal olarak ağrının şiddetinde değişme olmamasına rağmen gözlenebilen belirtilerde azalma şeklinde ağrıya uyum görülür. Bu belirtiler, sormadıkça ağrı ifade etmeme, sakin, uyuyor ya da dinleniyor olma, dikkatini ağrı dışı durumlara yönlendirme, fiziksel inaktivite veya immobilité, anlamsız ya da normal yüz ifadesidir. Hemşireler, ağrıyı sezinlemek için hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar^{1,2,7}.

Ağrının yan etki evresi, ağrı azaldıktan ya da durduktan sonra ortaya çıkar. Ağrıdan sonra hastada titreme, bulantı, kusma, sinirlilik veya depresyon görülebilir. Hemşire, hastaların potansiyel ağrı korkularını azaltmak için kontrol ve kendilerine güvenmeyi öğretmelidir^{1,2,7}.

2. 6. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrılar süresine göre; akut, kronik habis ve selim kronik şeklinde üçe ayrılır^{1,2,7}.

Akut ağrı; akut yaralanmalar, hastalık veya cerrahi girişimler sonucu oluşurlar. Hızlı başlar, yoğunluğu hafiften şiddetliye farklılık gösterir, kısa sürelidir, işlevi vücudu uyarmaktır, ağrı tedavi ile veya tedavisiz olarak ortadan kalkar. Akut ağrı hızlı müdahale gerektirir. Eğer hemşire hastanın ağrıdan hızlı bir şekilde kurtulmasını sağlayamazsa hasta ile hemşire arasında çatışma yaşanabilir. İyileşmenin sağlanabilmesi için önce ağrı kontrolünün sağlanması gerekir ^{1,2,7,8,25,26}.

Kronik ağrı; uzun sürelidir, yoğunluğu değişir ve genellikle 6 aydan fazla sürer. Kanser ve yanık ağrıları **kronik habis (sürekli)** ağrı şeklinde isimlendirilir. Bel ağrıları gibi ilerlemeyen veya tedavi edilmiş doku hasarlarından kaynaklanan ağrılar **kronik selim** ağrılardır. Kronik selim ağrılar sürekli ve genellikle tedaviye cevap vermez. Kronik ağrıda endorfinlerin işlevi durur ve sağlık ekibi genellikle akut ağrıdaki kadar hızlı müdahaleye istekli değildir^{1,2,37}..

Kronik ağrılı hastalarda, remisyon (iyileşme) ve ağrı şiddetinde artma dönemleri vardır. Kronik ağrı hastalarda, depresyon, iş kaybı, basit günlük aktiviteleri yerine getirememeye, cinsel bozukluklar, çevreden uzaklaşma gibi problemlere neden olabilir^{1,2,37}.

Kronik ağrılı hastalar, çok doktor değiştirirler ve bu nedenle de çok çeşitli ilaçlar kullanarak çeşitli istenmeyen etkilere maruz kalabilirler. Ağrıdan kurtulma umudunu kaybeden hastalar bilimsel olmayan yöntemlere başvurabildikleri gibi alkol bağımlılığı gibi durumlara da sık rastlanmaktadır. Bu hastalara, egzersiz ve biofeedback gibi farmakolojik olmayan yöntemler uygulanabilir. Hemşire, tedavi için umut vermemelidir.

Mekanizmalarına göre; ağrılar;

Nosiseptif ağrı; fizyopatolojik olayların deri, kas, bağ dokusu ve iç organlardaki nosiseptörleri uyarması ile ortaya çıkar³⁸.

Nöropatik ağrı; nörolojik bir yapı veya işlevin değişmesi ile ortaya çıkar³⁸.

Psikojenik ağrı (Psikosomatik ağrı); anksiyete ve depresyon gibi psikişik ve psikososyal sorunların arttığı durumlarda ağrı olarak tanımlanan duygulardır^{32,38}.

Deafferantasyon ağrısı; sinir sistemi yaralanmaları sonucu somatosensoryel uyarıların iletiminin kesilmesi sonucu ortaya çıkar.

Reaktif ağrı; motor ya da sempatik afferent sinirlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. ^{1,2,7,11, 16,32,38,39}.

Kaynaklarına göre ağrılar;

Somatik ağrı; ağrı, duysal lifler ile taşınır, ani başlar, yoğun, acı verici, keskin ve iyi lokalizedir. Kolay teşhis edilir. Kas ve kemiklerden kaynaklanır. Kesi, basınç, ısı ve iskemi sonucu oluşur.

Yüzeysel ağrı; ağrının kaynağı deri ve sübkutan dokudur. Sinir uçlarının tahribi veya uyarısı ile oluşur. Yüzeysel ağrı, lokalize, keskin ve yanıcı olarak tanımlanır, analjeziklere iyi cevap verir.

Viseral ağrı; Ağrının kaynağı iç organlardır ve lokalizasyonu güçtür. Distansiyon, iskemi, spazm ve kimyasal iritanların uyarısı ile ortaya çıkar. Viseral ağrı, yavaş başlar, keskin, zonklayıcı ve kramp şeklinde tanımlanır, yansıyan ağrı şeklinde de görülebilir^{1,2,7,11, 16,32,38,39}.

Etyolojilerine göre ağrılar;

Kanser ağrısı, postherpetik nevralsi, orak hücre anemisine bağlı ağrılar gibi nedenlere bağlı olarak ifade edilen ağrılardır^{39,40,41}.

Bölgesel ağrılar;

Baş ağrısı, yüz ağrısı, boyun ağrısı, bel ağrısı, pelvik ağrı, ayak ağrısı, el ağrısı şeklinde incelenebilir^{42,43}.

Ağrı anomalileri;

Fantom ağrı (hortlak ağrı); bir ekstremitenin amputasyonundan sonra bireyin ampute edilen ekstremitesinin ağrıdığı ifade etmesidir.

Herpes zoster (zona); herpes virüsünün arka kök ganglionu enfekte etmesi sonucu o ganglionun bağlı olduğu dermatomda şiddetli ağrılarının olmasıdır.

Hiperaljezi; bir ağrı yolunun ileri derecede uyarılmasıdır.

Talamik sendrom; posterior serebral arterin, talamusun posteroventral bölgesini inerve eden posterolateral dalın trombozu sonucu bloke olmasıdır.

Ağrılı tik (tik dolore); yüzün bir tarafında duyulan keskin, batıcı ağrı olup nervus trigeminus veya nervus glassopharingicusun nevralsisidir.

Brown-Sequard sendromu; omuriligin bir yarısı kesildiğinde alt segmentteki bazı duyuların kaybolmaması durumudur.

Baş ağrısı; derin bölgelerde gelişen ağrılarının baş yüzeyine yansmasıdır.

Migren; hem intrakraniyal hem de ekstrakraniyal olarak gelişebilen bir baş ağrısıdır^{1,11,25,44,45,46,47,48,49,50,51}.

2. 7. Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Hemşire, ağrılı hastanın bakım ve değerlendirilmesi için bireyin ağrı deneyimini etkileyecek bütün faktörleri göz önünde bulundurmalıdır^{1,2,7}.

Yaş: Yaş ağrıyı etkileyen en önemli değişkendir. Özellikle yaşlılar ve çocuklardaki gelişimsel değişiklikler ağrıya reaksiyonu etkiler. Hemşire, çocukların ağrıyı ifade etmede güçlük çekmesi veya daha önce öğretilen kognitif teknikleri hatırlayamaması nedeni ile çocuktaki düşünceye ait gelişmeleri göz önüne alarak, neler soracağını ve gözleyeceğini, çocuğu ağrılı tıbbi işlemlere nasıl hazırlayacağını iyi bilmelidir.

Ağrı, yaşlanmanın kaçınılmaz bir parçası değildir fakat yaşlıların ağrıya neden olan durumlarla karşılaşma riski daha fazladır. Eğer yaşlı bir hasta ağrı ifade ediyorsa, kişisel bakım aktivitelerinde, sosyalleşme ve aktivite toleransında azalma vardır. Bu nedenle ağrısı olan yaşlı hasta hızlı değerlendirme, teşhis ve ağrı yönetimi gerektirir. Yaşlılarda bir çok hastalık bulunabileceği için ağrının kaynağı iyi değerlendirilmelidir^{1,2,7,52,53,54}.

Cinsiyet: Cinsiyetin ağrının ifadesinde tek başına bir faktör olup olmadığı şüphelidir fakat kültür cinsiyeti etkileyen bir faktördür. Yapılan araştırmalar ağrıya toleransın biyokimyasal faktörlerden etkilendiğini ve cinsiyete bakmaksızın kişiye özel olduğunu göstermiştir^{1,2,7,16}.

Kültür: Kültürel inançlar ve değerler, bireylerin ağrıyı ifade etme ve başa çıkma yollarını etkiler. Çeşitli kültürel gruplar arasında ağrıya ilişkin değişik anlamlar ve davranışlar vardır. Kültürel yapının en etkili olduğu durum ağrı tolerans düzeyidir. Ağrıyı, erkeklerin kadınlardan, erişkinlerin de çocuklardan daha iyi tolere etmeleri beklenir. Hemşirenin ağrının kültürel anlamını anlaması ve bu yönde uygun bakım planlaması gerekir^{1,2,7,16,55}.

Ağrının Anlamı: Bireyin ağrıya yüklediği anlam, ağrı deneyimini ve kişinin ona nasıl uyum sağladığını etkiler. Ağrının anlamı kültürel yapıyla yakından ilişkilidir. Ağrının derecesi ve şiddeti, ağrının anlamı ile bağlantılıdır. Ağrının şiddeti ve derecesinin algılanması ortaya çıktığı durumlara göre değişir. Ağrının anlamı ile ilgili savaş ve barış ortamında karşılaştırmalı yapılan araştırmalar savaş ortamındakilerin barış ortamındakilere göre daha az ağrı ifade ettiklerini ve analjezik istedikleri tespit edilmiştir^{1,2,7,16}.

Dikkat: Ağrıya odaklanma derecesi ağrının algılanmasını etkiler. Dikkati başka yöne çekme ağrı algılamasını azaltırken, ağrıya odaklanma daha fazla ağrı algılamasına neden olur. Hemşire, dikkati başka yöne çekmek için gevşeme, pozitif düşünme (imgeleme) ve masaj gibi teknikleri uygulayabilir. Dikkatin başka yöne çekilmesi, ağrının hızlı durumlardan çok ağrının yavaş yavaş arttığı durumlarda etkili olmaktadır^{1,2,7,16}.

Anksiyete: Anksiyete genelde ağrı algılamasını artırır, ağrı da anksiyete hissine neden olur. Ağrıyı duygusal anlamda sağlıklı olanlar sağlıksız olanlardan daha iyi tolere ederler. Anksiyete genelde kısa süreli ağrılarda, depresyon ise uzun süreli ağrılarda görülür. Anksiyete veya depresyon genellikle sadece ağrıya bağlı olmaz ama hastanın ağrıyı ele almasını etkiler ve ağrıya dayanma gücünü azaltarak hastanın ağrısını kontrol yeteneğini ya da ağrıya bakış açısını değiştirir.^{1,2,7,16}

Yorgunluk: Yorgunluk, ağrı algılamasını artırır ve başa çıkma yollarını azaltır. Yorgunluk, uzun süren bir hastalık yaşayanlarda önemli bir sorundur. Uykusuzluğa bağlı yorgunluklarda ağrı algılaması daha da artar^{1,2,7}.

Önceki ağrı deneyimi (yaşantısı): Her insan her ağrı deneyimden bir şeyler öğrenir. Hasta ağrıdan kurtulmak için gerekli işlemleri yapmaya hazırlıdır. Ağrının ilk defa algılanması ağrı ile başa çıkma yeteneğini azaltır. Eğer hastaya ağrılı bir işlem uygulanacaksa hemşire hastaya yaşanacak ağrı çeşidini açıklamalı ve bunu azaltmak için gerekli yöntemlerle hastayı hazırlamalıdır. Ağrı ile ilgili yapılan çalışmalar ve gözlemler çocukların ebeveynlerinin ağrı tutumlarından etkilendiklerini, çocukluk çağında edinilen ağrı davranışlarının ise erişkin döneme taşındığını göstermektedir.^{1,2,7}

Baş çıkma yolları: Hastalar ağrılı dönemlerinde yalnızlık çekerler. Eğer hasta hastanede yatıyor ise yalnızlık daha da çekilmez olur. İçer dönük hastalar, dışa dönük hastalardan daha az ağrıdan şikayet ederler. Bu durumda hasta kontrollü analjezi daha uygundur. Hastalar ağrının fiziksel ve psikolojik etkileri ile başa çıkmak için çeşitli yollar bulurlar. Hemşire bu kaynakları anlamalı ve bu yolları desteklemelidir. Hastalara ağrı eğitimi ile birlikte gevşeme ve dikkati başka yöne çekme stratejileri de (aile ile iletişim kurmak, şarkı söyletmek, egzersiz yapmak) öğretilirse ağrı daha düşük algılanmaktadır. Ağrı ve anksiyete ile başetme yolları da öğretilerek hastada kontrol duygusu sağlanabilir. Kontrol duygusu hem anksiyeteyi hem de ağrıyı azaltıcı etkiye sahiptir^{1,2,7}.

Plasebolar: Plasebo , ağrı kesici ya da tedavi edici etkisi olmayan maddelerin ilaç amacı ile verilerek ilaç etkisi göstermesine denir. Yapılan çalışmalar plasebonun ağrının şiddetini algılama derecesini etkilediğini göstermektedir. Plaseboların, şiddetli ağrıda, stres ve anksiyetesi yüksek olanlarda daha etkili olduğu görülmüştür. Plasebo amacı ile kullanılan ilaçların şekilleri ve veriliş yolları ağrı ile başa çıkma derecesini etkilemektedir. Plaseboya ilişkin yapılan çalışmalar, iki kapsülün bir kapsülden, büyük kapsülün küçük kapsülden, parenteral yolun oral yoldan daha etkili olduğunu göstermiştir. Plaseboya olumlu yanıt verme, hastanın ağrısının giderilmesi isteği ile ilişkilidir.

Aile ve Sosyal Destek: Değişik sosyokültürel grupların, insanların, ağrıyı ifade ettikleri insanlardan değişik beklentileri vardır. Ağrılı bireylerin genelde destek, yardım ve koruma için aile üyeleri ve yakın arkadaşlarına ihtiyaçları vardır^{1,2,7}.

2. 8. Hemşirelik Süreci ve Ağrı

Hastanın ağrısını anlamak ve uygun tedaviyi sağlamak için ağrı yönetimine sistematik bir şekilde yaklaşmak gerekir. Ağrı yönetiminin başarısı sağlık (hemşire ve doktor) bakımı verenlerin hasta ve ailesi ile pozitif ilişki kurmasına dayanır. Bu şekilde hastalar kendi bakımlarına en üst düzeyde katılırlar. Ağrı yönetimi, ağrının giderilmesinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesini, üretkenliğini, eğlenmesini, aile ve toplum içinde normal davranmasını da kapsar^{1,2,7,56,57,58}.

2. 8. 1. Veri Toplama (Assesment)

Doğru ve olaylara dayalı ağrı değerlendirmesi, ağrıyı tanılamak, doğru hemşirelik tanısına ulaşmak, doğru tedaviyi seçmek ve hastanın tedaviye tepkisini değerlendirmek için gereklidir. Ağrı değerlendirmesi hemşirenin en sık fakat en zor yaptığı aktivitelerden birisidir. Hemşire, ağrı yaşantısını hastanın gözlerinde araştırmalı, ön yargılardan, kişisel hükümlerden kaçınmalıdır. Hemşire, hastanın ağrı ifadesini doğru değerlendirmeli, ağrıyı etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Ağrının doğru değerlendirilebilmesi için hemşirenin bilgili, sorumluluğunu bilen ve profesyonel olması gerekir. Hasta ve hemşire iş birliği içinde çalışmalıdır.

Hemşire akut ve şiddetli ağrıyı değerlendirirken önce anksiyeteyi azaltmak ve hastayı rahatlatmak için hızlı bir değerlendirme yapmalı, daha sonra ayrıntılı olarak üzerinde durmalıdır^{1,5}.

Kronik ağrılı hastalar değerlendirilirken hastanın, ağrı hissi, kognitif ve davranışsal özellikleri, geçmişi ve ağrının içeriği göz önünde bulundurulmalıdır^{1,2,7,57}.

Ağrının giderilmesi ve yönetimi dikkatli bir tanılamayı gerektirir. Ağrı problemini gidermek için ağrı şiddetini tanımlamada yardımcı olacak çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Tanılama ile elde edilen bilgiler, hemşirelik bakımının planlama ve değerlendirme aşamasında kullanılır. Ağrının dinamik olması nedeni ile tanılama da sürekli dir. Ağrı tanılama sında yazılı kayıtların tutulması, sağlık ekibinin üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırarak başarı şansını artırır. Tanılama işlemi, hasta yattığı zaman, her ağrılı işlem ve tedaviden sonra, ağrı ile ilgili olası bir sorun varsa ve en az sekiz saatte bir yapılmalıdır^{1,5}.

Tanılama için kullanılan ağrı tanılama formu, (EK 1) ağrının yeri, ağrının şiddeti, ağrının niteliği, başlangıcı, süresi, değişiklikler, ritim, ağrıyı ifade tarzı, ağrıyı ne giderir?, ağrıya yol açan ve artıran nedenler, ağrının etkileri, diğer düşünceler ve plan kısımlarından oluşmaktadır. Bütün bilgiler hastadan alınmalı, hasta dışındaki kişilerden alınmışsa kayıtlarda belirtilmelidir^{1,5}.

Tanılamanın sürekliliğini sağlamak, çabuk ve kolay değerlendirme yapmak için ağrı izlem formu (EK 2) kullanılır. Ağrı izlem formu ile hastanın analjeziğe yanıtı gözlenerek bu yanıtlara göre değişiklikler yapılabilir. Bu formda ilacın veriliş saati, ağrı şiddeti, plan ve öneriler bölümü bulunur. Ağrı izlemi intravenöz yol (I.V) dışında genellikle saatlik yapılır. Ağrı izleme sıklığı eğer mümkünse güvenli ve etkili bir doza ulaşınca ya kadar 10 dakikada bir olmalıdır. Kullanılan ağrı skalasının türü formun üst kısmına kaydedilmelidir^{1,5}.

Ayrıca sürekli değerlendirme ve kapsamlı bakım sağlamak için ağrı tanılama ve girişim formu kullanılabilir. Bu form, tarih, ağrının başladığı saat, ağrıyan bölge, hemşirelik girişimlerinden önceki ağrı puanı, kullanılan analjeziğin adı, dozu, veriliş yolu, veriliş saati, hemşirelik girişimleri, girişimlerin uygulandığı saat, hemşirelik girişimlerinden sonraki ağrı puanı, saat, hemşirenin adı ve notlar (EK 3) bölümlerinden oluşmaktadır^{1,5}.

Tedavinin etkilerini ve hastanın ağrısının ne kadar azaldığını değerlendirmek için ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları (EK 4) kullanılır^{1,5}.

2. 8. 1. 1. Hastanın Ağrı İfadesi

Her hasta ağrısını sözel olarak ifade etmez. Hasta, önce ağrıyı ifade etmesi gerektiğinin farkına varmalı, hemşireye güvenmeli, gönüllülüğe inanmalıdır. Hemşire, hasta ile pozitif terapötik iletişim kurmalı, ağrı değerlendirmesi sırasında hastaya uygun bir pozisyon ve konuşması için yeterli zaman vermeli, sözel ve sözel olmayan ağrı ifadelerini iyi bilmelidir (yüz buruşturma, olağan olmayan pozisyon)^{1,2,7,56,57,58}.

Ağrı subjektif olduğu için hemşirelik tanılmasında, hastaların ağrı konusunda söylediklerini dinlemek ağrı belirtilerini gözlemekten daha önemlidir. Ağrı konusunda iletişim önemli bir sorundur. Hasta sözel olarak ağrısını anlatamayabilir. Bu anlama ve anlatma güçlüğü, yanlış anlamalara neden olabilir. Hasta, hemşirenin hiç deneyimlemediği bir ağrıyı tanımlıyor olabilir. Etkili iletişim kuramayan hastalar özel olarak değerlendirilmelidir. Ağrılı hasta genelde sadece bir kişiye güvenir^{1,2,7,56,57,58}.

2. 8. 1. 2. Ağrı Deneyiminin (Yaşantısının) Sınıflandırılması

Ağrı yaşantısı, sezinleme, duyu ve yan etki evresi olmak üzere üç aşamada ele alınır².

Sezinleme evresindeki hastalar, tekrarlayan ağrı yaşayanlar ve yapılacak uygulamalar sonucu ağrı beklenen vakalardır. Bunlar, korku ve endişe içindedirler ve beklenen ağrı hakkında sürekli sorular sorarlar. Bu evrede hastalara fizyolojik başa çıkma yolları (pozisyon verme, derin nefes alma), duyu bilgisi (beklenen rahatsızlığın tanımı) ve süreç hakkında bilgi verilerek ağrıya bağlı komplikasyonlar, ağrı ve analjezik kullanımı azaltılabilir^{1,2,7,58,59}.

Duyu evresindeki hastalar genellikle rahatsızlık belirtisi ve bulguları gösterirler. Ağrı şiddetli olduğu için ağrı geçtikten sonra hasta fiziksel ve psikolojik etkiler açısından değerlendirilir^{1,2,7,58,59}.

Hemşire, hastanın ağrısının akut veya kronik olup olmadığını değerlendirir.

Ağrının cinsi ve evresi belirlendikten sonra bu bulguların ışığında ileri değerlendirme yapılmalıdır^{1,2,7,58,59}.

2. 8. 1. 3. Ağrının Özellikleri

Ağrının varlığını ve yoğunluğunu en iyi hasta bilir, çünkü ağrı bireyseldir. Hemşire, yaygın ağrı özelliklerini değerlendirerek ağrının şeklini, başa çıkma yollarını ve tedavinin çeşidini belirler. Değerlendirme sırasında hasta uyum olmalı ve hemşirenin söylediklerini anlayabilmelidir^{1,2,7,60,61,62}.

Ağrı tanınması yapılırken dikkat edilecek noktalar;

- 1- Hastaya ağrılı bölgeyi göstermesi ve ağrısını tanımlaması söylenir. Yönlendirici sorular sorulmamalıdır.
- 2- Hastanın ağrıya ilişkin ifadeleri aynen kaydedilmelidir.
- 3- Ağrının tanımlanmasına yardımcı olunmalıdır.
- 4- Hastanın, sağlık ekibini ağrısı olduğuna inandırmak zorunda hissetmemesi sağlanmalıdır.
- 5- Hastanın ağrı için farklı sözcükler kullanabileceği unutulmamalı ve kullandığı sözcüklerin anlamı öğrenilmelidir.
- 6- Hastaların ağrısını sözel olarak ifade etmemeleri onların ağrısının olmadığı anlamına gelmez^{1,7}.

Ağrının Başlangıç ve Süresi: Ağrının başlangıcını, süresini, düzenini bilmek hemşirenin, ağrının doğasını anlamasını kolaylaştırdığı gibi bazı ağrılara daha ortaya çıkmadan müdahale etmesini sağlar. Bunun için hemşire hastaya çeşitli sorular sorar. Bunlar; “Ağrı ne zaman başladı?”, “Ne kadar sürdü”, “Her gün aynı saatte mi ortaya çıkıyor”, “Ne kadar sıklıkta tekrar ediyor”, “Ağrınızın yapısını değiştiren bir olay ya da aktivite var mı?” v.s.^{1,2,7,61,62}.

Ağrının Yeri: Hemşire hastaya, ön, arka ve yandan çizilmiş insan şekillerini vererek ağrısının yerini işaretlemesini ister. Ağrı birden fazla yerde ise genellikle hastalar çok ağrılı bölgeyi işaretlerler. Eğer hasta şekil üzerinde gösteremiyorsa kendi üzerinde göstermesi istenir^{1,2,7,61,62}.

Hemşire, ağrı bölgesini kaydederken anatomik ve açıklayıcı terminoloji kullanmalıdır. Örneğin, “Ağrı üst sağ abdominal bölge ile sınırlıdır” vs. Hemşirenin hastanın hastalığını bilmesi ağrının yerini belirlemesini kolaylaştırır^{1,2,7,61,62}.

Ağrının Şiddeti: Ağrının en bireysel özelliği, yoğunluğu veya şiddetidir. Hemşirenin, hastanın sayısal ya da sözcüklerle bildirdiği ağrı şiddeti tanımını mümkün

olduğu kadar objektif bir şekilde değerlendirmesi gerekir. En çok kullanılan skalalar şunlardır^{1,2,7,61,62}.

Kategori skalaları (Sözel tanımlayıcı skalalar); hemşire, sözel seçeneklerin bulunduğu skalayı hastaya göstererek ağrısını tanımlayan sözcüğü seçmesini ister. Ayrıca, en çok ve en az hissettiği ağrıyı sorar. Bu skalada, sözcüklere bağımlı olmak veya hastaların genellikle ortadaki sözcüğü kullanma eğilimi dezavantajdır. Ülkemizde hastaların kategori skalalarını daha kolay kullandıkları tespit edilmiştir.^{1,2,7,61,62,63}

Açıklayıcı Skala

Ağrı yok Hafif ağrı Orta şiddetle Şiddetli ağrı Dayanılmaz ağrı

Şekil 1. Sözel tanımlayıcı skala².

Sayısal skalalar; en sık kullanılan ağrı ölçekleridir. Sözel tanımlayıcı skalaların yerlerine kullanılabilirler. 0-5, 0-10 ve 0-100 şeklinde skalalar vardır. Skalalar ağrıyı derecelendirmek için kullanıldığında 10 cm'nin standart birim olarak kullanılması uygundur^{2,7}.

Sayısal Skala

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok **Şiddetli ağrı**

Şekil 2. Sayısal skala².

Hemşire, hastadan ağrısını derecelendirmesini ister. Bunun için, “Şu anda ağrınıza kaç puan veriyorsunuz?”, “0-10 skalasına göre ağrınızın en iyi ve en kötü olduğu sayıları söylemişsiniz?”, Ayrıca hastanın tolere edebileceği ağrıyı belirlemek için “Sizin için kabul edilebilir ağrı puanı kaçtır?” gibi sorular sorar. Sayısal skalalar, sağlık ekibinin ağrıyı aynı şekilde yorumlamasını, hastanın ağrısını daha kolay ifade etmesini ve girişimin etkinliğinin daha kolay değerlendirilmesini sağlar. Sayısal skalalarda doğru ya da yanlış yanıt yoktur. 0-10 sayısal skalaya göre, “0” ağrısızlığı, “10” şiddetli ağrıyı, “3” kabul edilebilir ağrıyı, “8” oldukça ağrılı anlamını ifade eder. Bazı hastalar sayısal skalaları kullanamayabilirler.^{1,2,7,61,62,63}

Görsel analog skala (Vizüel analog skala); bu skala hastaya ağrının yoğunluğunu tanımlamada özgürlük sağlar. Hemşire hastadan, bir ucunda ağrı yok, diğer ucunda ise olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik cetvel üzerinde herhangi bir noktayı işaretlemesini ister. Cetvelin dikey kullanılması kullanımı kolaylaştırmaktadır. En duyarlı ve güvenilir bir yöntemdir. Ancak yaşlı ve kronik ağrılı hastalar bu ölçeği anlamakta güçlük çekmektedirler^{1,2,7,61,62,63}.

Görsel Analog Skala

Ağrı yok

Dayanılmaz ağrı

Şekil 3. Görsel analog skala²

Çocuklar için erişkinlerdeki skalalara ek olarak yüz ifadelerini derecelendirme skalası, bardak derecelendirme skalası ve renk skalaları kullanılmaktadır.

Skalalar tedavi edici girişimlerden önce veya sonra değerlendirilmelidir. Bir ağrı skalasının kullanımı kolay olmalı ve değerlendirme fazla zaman almamalıdır. Hasta skalayı okuyabilir ve anlayabilirse ağrının tanımı gerçeğe daha yakın olur. Skalalar, hem ağrının şiddetini, hem de hastanın durumundaki değişikliği belirlemek için kullanılır. Aynı hasta için her değerlendirmede aynı skala kullanılmalı, iki ayrı hastanın skalaları karşılaştırılmamaktır.^{1,2,6,7,11,61,62,63}

Ağrının niteliği; ağrının bireysel özelliklerinden biridir. Hemşire, hastadan ağrısını tanımlamasını ister. Eğer hasta ağrısını tanımlayamıyorsa, “Ağrınızı tanımlamak için hangi sözcüğü kullanabilirsiniz”, “Sizin hissettiğiniz ağrıyı benim hissetmem için neler yaparsınız” gibi açık uçlu sorularla hastaya yardımcı olunabilir. Çünkü hastanın kullanacağı sözcük bir çok şeyi anlatabilir. Hastalar genelde ağrıyı, keskin, künt, zonklayıcı, batıcı, yanma, sızlama, acı tarzında, hassas, sancı gibi, çatlayacak gibi, ağırlık var gibi, yorgunluk, bitkinlik, korkulu, dayanılmaz veya basınç hissi vs. şeklinde tanımlarlar.^{7,11,61,62,63}

Ağrının şekli; hemşire, hastanın ağrısını başlatan veya artıran faktörleri belirleyerek ağrının başlamasını veya kötüleşmesini önlemek için gerekli girişimleri içeren bir bakım planı hazırlar. Hemşire hastaya, “Bu ağrı ne zamandan beri var”, “Ağrı başladıktan sonra yapısını değiştiren olay ya da aktivite var mı? Örneğin; hareketle, alış verişe çıktığımızda”, “Ağrınızın özellikle arttığı ya da azaldığı saatler var mı?” gibi sorular sorarak ağrının şeklini belirler^{2,7,11,61,62,63}

Ağrı ile başa çıkma yolları; hastanın daha önceden kullandığı ağrı kontrol yöntemleri olup olmadığı öğrenilir. Hastanın daha önce kullandığı ağrı kontrol yöntemleri tartışılarak bakım planına alınabilir^{2,7,11,61,62,63}.

Ağrıya eşlik eden semptomlar, ağrıya eşlik edebilecek bulantı, kusma gibi belirtilerin ağrının kendisi kadar müdahale önceliği vardır^{2,7,11,61,62,63}.

2. 8. 1. 4. Ağrının Hasta Üzerindeki Etkileri

Ağrı, yaşam tarzı ve psikolojik sağlığı değiştirebilen stresli bir olaydır. Acı çekmek, kontrol kaybı ve bakımın kalitesinin düşmesine neden olur. Hastaya, ağrısının ağrı tanılama formunda belirtilen (EK1) her işlevi nasıl etkilediği sorulursa, ağrının hastanın günlük yaşamını nasıl etkilediği ortaya çıkarılır. Hemşire, ağrının hastalar üzerindeki etkisini bilirse, ağrının varlığını ve özelliklerini (doğasını) ortaya çıkarabilir.^{2,7,11,61,62}

Fiziksel Belirti ve Bulgular: Hastanın ağrısı varsa hemşire, hastanın yaşam belirtilerini almalı, fiziksel muayene yapmalı ve otonom sinir sistemi ile bağlantısını gözlemelidir. Akut ağrıda, kan basıncı, solunum hızı ve nabızda artma, pupillalarda dilatasyon ve terleme görülür. Bir süre sonra fizyolojik tepkiler normale döner. Bu durum hastanın ağrısının geçtiği anlamına gelmez^{2,7,11,61,62}.

Davranışsal Etkiler: Hastanın ağrısı varsa hemşire, hastanın sözlerini, sesini, yüz veya vücut hareketlerini ve sosyal ilişkilerini değerlendirir. Ağrısı olan hastada, inleme, sızlanma, ağlama, başını sallama, ağrıya odaklaşma, ağrı bildirim, ağrılı bölgeyi ovma, kas gerginliği, kaşlarını çatma, yüzünü buruşturma, ağrılı bölgeyi kaşıma ve tutma gibi davranışsal etkiler gözlenebilir. Sözel ifade değerlendirmenin en önemli parçasıdır, fakat her hasta ağrısını sözel olarak ifade etmeyebilir veya edemeyebilir (bilinçsiz, oryantasyon bozukluğu olan veya yabancı dil konuşanlar)^{2,7,11,61,62}.

Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi: Ağrılı hastalar günlük rutin aktivitelere daha az katılırlar. Hemşire, hastanın yetersizliğinin sınırını belirler ve kendi öz bakım aktivitelerine yardımcı uygun girişimleri bakım planına alır. Ağrı hastaların, uykuya dalmada güçlük çekmesine veya uykusunun kesintiye uğramasına, çevresi ile iletişimin azalmasına neden olabilir. Ayrıca ağrı cinsel ilişki kabiliyetini de bozabilir^{2,7,11,61,62}.

2. 8. 1. 5. Nörolojik Durum

Hastanın nörolojik fonksiyonu ağrı yaşantısını (deneyimini) kolayca etkileyebilir. Normal ağrı kabulü veya algılanmasını etkileyen veya kesintiye uğratan faktörler, hastanın ağrısının farkına varmasını ve tepkisini etkiler. Çeşitli hastalıklar (diyabet) ve ilaçlar (sedatifler) ağrı algılamasını engellerler. Bu nedenle hemşire, koruyucu önemleri bakım planına almak için iyi bir nörolojik değerlendirme yapmalıdır^{2,7,11,61,62}.

2. 8. 2. Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik tanısı hemşirenin, verileri toplaması, analiz etmesi, gruplaması, problemi tanımlaması ve olası nedenleri belirlemesinden sonra ağrının özelliğine göre elde edilir. Elde edilen bu tanı, hemşirenin hastadaki değişiklikleri sistematik bir yolla tanımlamasına yardımcı olur².

Çizelge 1. Kronik Ağrı İçin Hemşirelik Tanısı Örneği².

| Değerlendirme Aktiviteleri | Belirleyici Özellikler | Hemşirelik Tanısı |
|---|--|---|
| -Hasta ağrısının karakterini tanımlar | -Ağrının, sık ve kusma ile birlikte, yemekten sonra daha kötü ve kolik tarzında olması. -Ağrı sürekli. 0-10 skalasında 5 oranında olması. | Abdominal kansere bağlı oluşan doku harabiyetine bağlı kronik ağrı. |
| -Ağrının yeri ve başlangıcı değerlendirilir. | -Ağrının 7 aydır devam etmesi, sağ alt abdomende boyun ve omuza yayılan ağrı olması. | |
| -Hastanın davranışları gözlenir. | -Hareketlerin yavaş olması gününün çoğunu yatakta geçirmesi, anlamsız bir yüz ifadesi. | |
| -Ağrının günlük aktiviteler üzerine etkisi değerlendirilir. | -Hastanın iştahının az olması -Eşinin hastanın gece sık sık uyandığını ve az uyuduğunu söylemesi. | |
| -Tıbbi öyküsü gözden geçirilir. | -Kolonda metastatik kanseri olması | |

Hemşirelik tanısı, hemşirenin ağrıyı hafifletici, hastanın yaşam tarzı ve fonksiyonlarındaki etkilerini azaltıcı ve hemşirelik girişimlerini sağlayıcı nitelikte olmalıdır. Örneğin; hastanın omzu ve ellerinde ağrı varsa hemşirelik tanısı, artrit ağrısına bağlı giyinip soyunma eksikliğidir. Anksiyete, konstipasyon, baş etme mekanizmalarının yetersizliği, boş zamanları değerlendirme aktivitelerinde yetersizlik, halsizlik, korku, bilgi yetersizliği, fiziksel mobilitede bozulma, güçsüzlük, kendi kendine beslenememe, banyo, hijyen, giyinme, soyunma, süslenme gibi günlük

bakımını yapamama, cinsel işlevsizlik, sosyal izolasyon, düşünme sürecinde bozulma ağrıya ilişkin bazı hemşirelik teşhisi örnekleridir. Hemşire, veri toplarken ve değerlendirirken ağrılı hastada olabilecek sorunlara karşı uyanık olmalı ve ağrının kişinin yaşamının bir çok yönünü etkilediğini unutmamalıdır^{2,7,11,61,62}.

2. 8. 3. Planlama

Hemşire, hem ağrıya neden olabilir, hem de ağrıyı dindirebilir. Hemşirelik girişimleri, tıbbi, cerrahi ya da diğer tedavi yöntemleri ağrıya neden olabilir. Bu ağrılar hastada zaten var olan ağrıya eklenir. Ağrı oluşturan girişimler mümkün olduğu kadar nazik ve becerili bir şekilde yerine getirilmeli, hastanın rahatsızlığının kabul edildiği sözel olarak ifade edilmelidir. Ağrılı yöntemler kullanılacak hastalara yeterli eğitim ve destek verilmemişse bu işlemi reddedebilirler. Hemşire, her hemşirelik teşhisi için hastanın ihtiyaçlarına yönelik bir bakım planı geliştirir^{2,7}.

Ağrılı hastanın bakımı planlanırken dikkat edilecek noktalar;

1. Hastaya bir ağrı semptomu olarak değil bir bütün olarak yaklaşılmalıdır.
2. Nedeni ne olursa olsun ağrının bir yardım arayışı olduğu fikrinden hareket edilmelidir.
3. Hastanın korkuları tanımlanarak gidermek için girişim planlanmalıdır.
4. Hasta yakınları ya da ekip üyelerinin ağrı hakkında yanlış bilgileri ve bunların nedenleri saptanarak eğitimle düzeltilmeye çalışılmalıdır.
5. Bilgi eksiklikleri belirlenmeli, hasta, hasta yakınları ve personel için eğitim planlanmalıdır.
6. Rahatsızlık ya da ağrının kaynağı bulunmalı ve ağrıyı azaltıcı önlemler alınmalıdır. Örneğin; dikkati başka yöne çekme, müzik dinletme vb.
7. Ağrı ve ağrıyı artırıcı nedenleri giderici plan yapılmalıdır. Örneğin; öksürük.
8. Analjeziklerin yan etkileri azaltılmalı ya da giderilmelidir. Örneğin; kusma.
9. Hastanın daha önce ağrısını gideren yöntemler değerlendirilmelidir.
10. Bakım planı hasta ile beraber yapılmalı, hasta ve yakınlarının bakıma en üst düzeyde katılımı sağlanmalıdır.
11. Noninvazif ağrı kontrol yöntemleri kullanılmalıdır^{2,7}.

Çizelge 2. Kronik Ağrı İçin Hemşirelik Bakım Planı Örneği²

Hemşirelik Tanısı: Abdominal kansere bağlı kronik ağrı.

Tanım:6 aydan fazla süren bireysel ağrı yaşantısı (deneyimi) kronik ağrıdır.

| Amaç | Beklenen Sonuçlar | Girişimler | Nedeni |
|--|--|--|--|
| -Hasta ve eşi 2 hafta içinde ağrı yönetimi planına aktif bir şekilde katılabilecek . | -Hasta ve eşi ağrı kontrol tedavisine başlar. | -Transdermal fentanil ile ilaç rejimini yürüttünüz. Hastaya ve eşine beklenen yan etkileri, pach değiştirme programı ve akut ağrıda tedavi için girişimleri açıklayınız. -Hastanın geçmişte ağrı gidermiş tedavileri seçmesini sağlayınız. Örneğin; kart oyunları, pozisyon vb. | -Transdermal ilaç gastrointestinal emilimi engeller. Sabit ağırlı hastalar için endikedir. -Kişisel kontrol, kişinin kendi hareketlerine yön verme kabiliyetine işaret eder. Örneğin, tedavi seçeneklerinden birisini seçmek. |
| | -Hasta günlük ağrı kontrol tedavisini bilir ve sürdürür. | -Hastanın, ağrının çeşidini, seyrini, ağrı kontrol yöntemlerini ve ağrı kontrolünü tanımlamasını sağlayınız. -Eşine hafif vuruşlu sırt masajını öğretiniz. | -Ağrı yaşantısını ve başa çıkma yöntemlerini kaydetmek hastanın ağrı duyusunu azaltır. -Yavaş vuruşlu sırt masajı yapmak kolaydır, kısa zaman alır, gevşeme sağlar. |

Ağrı çeken bir hastaya bakım veren hemşirenin hasta merkezli amaçları;

1. İyilik ve rahatlığı sağlamak,
2. Öz bakım yapabilme kabiliyetini sağlamak,
3. Var olan fiziksel ve psikolojik fonksiyonları sürdürmek,
4. Ağrı deneyimini artıran faktörleri açıklamak,
5. Evde güvenli şekilde verilen tedavileri uygulamak,

Etkili bir bakım planı yapabilmek için hemşire, hasta ile terapötik ilişki kurar ve hastayı ağrı konusunda eğitir. Hemşire, ağrı kontrolünde başarılı olmak için hastanın güvenini kazanmalı, duygularını açıkça ifade etmesine fırsat vermeli, ilgilenmeli, hastaya değer vermeli ve ona inanmalıdır^{2,7}.

Hastalara ağrı deneyimi ile ilgili bilgi vermek anksiyete düzeyini azaltır ve ağrı kontrolünü kolaylaştırır. Hemşire, ağırlı işlemleri uygulamadan önce hastaya yeterli bilgi verirse hasta ağrıyı daha az algılayabilir. Fakat bazı hastalar için durum tam tersi olabilir^{1,2,5,6,7,11,62}.

2. 8. 4. Uygulama

Hasta ve hemşire ağrı kontrol yöntemlerini kullanmada birlikte hareket ederler. Hemşireler, rahatlığı artırıcı bakım sağlamak için doktor tarafından istem edilen ağrı kontrol yöntemlerini uygular, takip eder ve bağımsız olarak da doktor tarafından istem edilen ağrı kontrol yöntemlerini tamamlayan yöntemleri uygularlar^{2,5,6,7,11,62}.

Kullanılan tedavinin cinsine bakılmaksızın hemşirenin hastalara bakım verme kabiliyeti hastaların rahatlığını artırır. Becerili bir hemşire, hasta ile hızlı bir şekilde iletişim kurarak güvenini kazanır ve iyilik hissi sağlar. Bu durum hastaya rahatlık ve güven hissi verir. Ağrı, bakım sırasındaki kullanılacak görev merkezli ve etkili (etkileyici) dokunma ile azaltılabilir. Bu iki dokunma şekli genellikle birlikte kullanılır. Hemşire, hastanın kan basıncını ölçerken görev merkezli dokunmayı, hasta konuşurken kibar bir şekilde sırtına dokunarak ise etkileyici dokunmayı kullandığını gösterir. Hemşire, hastaya merhametli yaklaşırsa, hastanın saygınlığını sağlarsa, güvenini kazanırsa, iyi bir anamnezle yanlış anlamaları önlerse, korkularını giderir ve tutarlı bir şekilde rahatsızlığı ve ağrıyı azaltmaya çalışırsa, ağrıdan kurtulma yöntemleri daha başarılı olur^{1,2,5,6,7,11,62}.

2. 8. 4. 1. Holistik Sağlık Stratejileri

Konfor, kişinin fiziksel ve duygusal işlevini etkilemektedir. Bireyin iyiliğinin sağlanmasında holistik sağlık yaklaşımları önemli girişimlerdir. Holistik sağlık, öz bakımı, duyguları uygun ve etkili olarak ifade etmeyi, akli yapıcı şekilde kullanmayı, diğer bireylerle yaratıcı bir şekilde ilgili olmayı ve bilincin yüksek düzeylerinin farkında olmayı içeren bir durumdur. Bu yaklaşımın kullanılması kişinin kendi kendine iyileşmesi için bireye sorumluluk yükler^{2,64}.

Holistik sağlık, bireyin öz bakımının yanı sıra sahip olduğu sağlık problemlerinin duygusal anlamı ve hayattaki amaçlarının ışığında problemin değerlendirilmesini sağlar. Birey, duygusal ve fiziksel sağlığı arasındaki ilişkinin farkına varır. Yaygın holistik sağlık yaklaşımları, iyilik eğitimini, düzenli egzersiz ve kişiler arası ilişkilerin yönetimini içerir. Birey ağrı ve rahatsızlık belirtileri gösterdiği zaman hemşire hastaya bazı teknikler önerir². Bunlar;

Terapötik Dokunma: Terapötik Dokunma, Kunz ve Krieger tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, sağlıklı bir insanda içe ve dışa enerji akışında bir

dengenin olduğu, hastalığın ise bu enerji akışının dengesizliği olduğu fikri hakimdir. Terapötik dokunma, bilinçli bir şekilde enerji değişimini içerir ve ileri eğitim gerektirir. Dört ana basamağı vardır. Bunlar; odaklaşma, veri toplama, tedavi ve değerlendirme aşamalarıdır^{1,2,5,6,7,11,16}.

Teknik; hemşire 3-4 kez nefes alarak yardım etme niyeti ile odaklandıktan sonra veri toplama aşamasına geçer. Bu aşamada hemşire ellerini simetrik olarak hastanın vücudundan 5-15 cm uzakta tutacak şekilde gezdirirken enerji akışındaki değişiklikleri hissedebilir. Hemşire, sıcaklık, basınç, nabız atışı duyularını ve sesleri not eder, dengesizlik alanlarını bulduktan sonra yeniden dengelemek için tedaviye başlar. Bu transfer, sessizce veya sözel ifadelerle yapılabilir. Hemşire tedaviyi, soğuk bölgeyi ısıtarak, hayal ederek veya ellerini hareket ettirerek yönlendirir. Tedaviden sonra enerji alanlarını denge açısından değerlendirir. Çeşitli araştırmalarla terapötik dokunmanın ağrı kesici etkisini kanıtlamıştır^{1,2,5,6,7,11,16}.

Akupunktur: Enerji, vücut içinde iyi tanımlanmış döngülerle devam eder. Bu tedavi sağlığı en üst düzeye çıkarmak için karışmış enerji yollarını açar. Hemşire terapistler, enerji yolları ve vücut meridyenlerini öğrenirler ve bu yollar boyunca belli noktalara basınç yaparlar. Basınç noktalarına dokunuldukça parmaklar altında ince bir duyu veya atım hissedebilir. Bu atım veya duyular dengelendikçe işleme son verilir. Bazı kolay teknikler hastalara öğretilir. Tam bir seans bir saat sürer^{1,2,5,6,7,11,16,65}.

Gevşeme ve İmgeleme (Düşleme, hayal etme): Hastanın gevşeme ve imgeleme boyunca ağrıyı algılama şekli değişir. Gevşeme, stres ve gerilimden mental ve fiziksel olarak kurtulmadır. Gevşeme teknikleri, bireyin ağrı veya rahatsızlığı olduğu zaman kendini kontrol ederek ağrı algılaması azaltabilir².

Gevşeme, nabız, kan basıncı ve solunumda, oksijen kullanımında, kas gerginliğinde ve metabolizmada azalma, farkındalıkta artma, çevresel uyaranlara karşı dikkatte azalma, isteyerek pozisyon değiştirmeme, barış ve iyilik hissi sağlar.

Gevşeme teknikleri, meditasyon, yoga, düşleme (imgeleme, hayal kurma) ve sürekli gevşeme egzersizlerini içerir⁷.

Düşleyerek ya da düşlemeden gevşeme, gerginlik baş ağrılarında, işe bağlı ağrılarda, akut ağrılarının beklenen bölümlerinde ve kronik ağrılarda etkilidir. Bu tekniği kullanacak hastalar 5-10 eğitim seansından geçirilir^{2,7}.

Etkili gevşeme için bireyin katılımı gereklidir. Eğitim, hastanın ağrısı yokken verilir. Hemşire, tekniği hastaya ayrıntılı bir şekilde açıklar. Egzersiz basamakları boyunca hastaya koçluk yapar. Sessiz ve sakin bir çevre sağlanır. Hasta rahat bir yatağa uzanabilir veya sandalyeye oturabilir. Hasta, düşünmeyi ve gevşeme egzersizlerini birlikte veya ayrı kullanabilir^{1,2,5,6,,11,16,66}.

Düşlemede, hasta kafasında bir imaj yaratır, görüntüye konsantre olur ve derece derece ağrının daha az farkına varır. Hemşire, hastanın imajı oluşturmasına ve duyu yaşantısına konsantre olmasına koçluk eder. Eğer hasta ajitasyon, rahatsızlık ve huzursuzluk işaretleri gösterirse, hemşire egzersizi durdurmalı ve hasta daha huzurlu olduğu zaman tekrar egzersize başlanmalıdır^{1,2,5,6,,11,16,66}.

Vücudun gevşemesi 15 dakika kadardır. Gergin bölgelerin gerginliği, sıcaklık ve gevşeme ile giderilir. Bazı hastalar için gözleri kapatmak veya hafif bir arka plan müziği gevşemeyi kolaylaştırabilir. Devamlı gevşeme için, hasta yavaşça ve diafragmatik olarak soluk alarak egzersize başlar. Hasta düzenli solunuma başladığında hemşire, hastanın gerginlik bölgelerini tespit etmesinde, nasıl hissettiğini düşünmesinde, kasları tam olarak germe ve gevşetmesinde koçluk eder. Tam gevşeme ağrı duyusunu ve anksiyeteyi en aza indirir^{1,2,5,6,,11,16,66}.

Eğer hasta rahatsızlık hissediyor veya ajite ise hemşire egzersizi durdurur. Eğer hasta belli bir bölgede gevşeme sağlayamıyorsa hemşire egzersizin hızını azaltarak gergin vücut parçasına konsantre olur. Hasta daha sonra gevşeme egzersizlerini bağımsız olarak yapabilir^{1,2,5,6,,11,16,66}.

Meditasyon, kişinin sakin bir durumda özel bir sese, objeye ya da kokuya odaklanmasıyla oluşan mental konsantrasyondur^{1,2,5,6,,11,16,66}.

Yoga, meditasyon ve hafif fizik egzersizi içeren eski bir sağlık bakımı sanatıdır^{1,2,5,6,,11,16,66}.

2. 8. 4. 2. İyilik Sağlamak

Ağrı, ciddi bir şekilde bireyin öz bakım aktivitelerini yapmasını engelleyebilir, sosyal izolasyona, depresyona ve kendini algılamasında değişikliklere neden olabilir. Hemşire, hasta ve aile üyelerinin ağrı ile başa çıkma ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için yol bulmasına yardımcı olur. Hemşire, hastaya iyi pozisyon alma tekniklerini ve ailelere basit egzersizleri öğretir. Ağrılı vücut parçaları elastik bandajlar,

askılar ve yastıklarla desteklenebilir. Hemşire, hastaya koltuk değneği veya diğer yardımcı araçların kullanımını öğretebilir, hastanın soyunma, giyinme, yeme, içme, taranma gibi fonksiyonlarını rahat yerine getirmesi için gerekli özel araçlar kullanmasını sağlayabilir. Hastada iyilik duygusunu artırmak için sıcak banyo, kişisel hijyen yöntemleri ve yeterli dinlenme programları yapılmalıdır. Hemşire, yorucu işlemlerden önce hastanın dinlenmesini sağlamalıdır. Ağrılı hastalar cinsel aktiviteleri ile ilgili sorunlar yaşayabilirler. Bu durumda alternatif pozisyonlar ve libidoyu azaltan ilaçlar hakkında hastaya bilgi verilebilir².

2. 8. 4. 3. Ağrının İlaç Dışı (Nonfarmakolojik) Yöntemlerle Kontrolü

Hemşirenin temel sorumluluklarından birisi de hastaya zarar vermemektir. Ağrının algılanmasını ve duyumunu azaltan, evde ve hastanede kullanılabilen bir çok ilaçsız yöntem vardır. Bu yöntemler aynı zamanda ilaçlı yöntemlerle birlikte kullanılabilirler^{1,2,5,6,7,11}.

İlaç dışı ağrı kontrol yöntemlerinin kullanıldığı durumlar;

1. Bu tür girişimleri çekici bulanlara,
2. Anksiyete veya korku ifade edenlere,
3. İlaç tedavisinden kaçınanlara,
4. Postoperatif dönemde,
5. Farmakolojik tedavi uygulanmasına rağmen ağrısı geçmeyenlere²

2.8.4.3.1. Ağrıyı Sezinlemede Rehberlik

Ağrı ile direkt ilişkisi olan anksiyeteyi değiştirmek ağrıyı azaltır ve diğer ağrıdan kurtulma yöntemlerine yardımcı olur. Ağrı hakkında bilgi verilmesi, hastanın anksiyeteyi kontrol etmesine ve ağrı ile başa çıkmasına yardımcı olur².

Hastalara verilen bilgilerin içeriği şu şekilde olmalıdır.

- a) Ağrının oluşması, başlangıcı ve beklenen zaman,
- b) Ağrının niteliği, şiddeti ve yeri,
- c) Hastanın güvenliğinin nasıl sağlandığı,
- d) Ağrının nedenleri,
- e) Ağrıdan kurtulmak için hasta ve hemşirenin kullandığı yöntemler,
- f) Hastanın beklentileri,

Hemşire, hastanın ağrı duymayacağını söylememelidir. Yüksek düzeyde anksiyetisi olan hastaya fazla bilgi verilmesi ağrıyı artırabilir².

2.8.4.3.2. Dikkati Başka Yöne Çekme

Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasıdır. Birey yeterli veya fazla uyarana aldığı zaman ağrılı uyarıları bastırır. Anlamlı duyu uyarıları ile birey ağrıyı önemsemeyebilir. Zevk verici uyarılar endorfin salgılamasına neden olurlar. Sıkılmış veya izole bireyler sadece ağrıyı düşünürler ve onu daha yoğun algırlar. Bu yöntem ağrıyı tümüyle geçirmez, hastanın dikkatini başka yöne çekerek ağrıyı algılamasını azaltır, ağrı eşiğini yükseltir ve hatta ağrıya toleransı artırır. Ayrıca hastada kendini kontrol duygusunu geliştirir. Ağrının özelliğine uygun bir yöntem seçilirse her çeşit ağrıda kullanılabilir^{2,7}.

Hemşire, solunum egzersizi, şarkı söylemek, dua etmek, resimleri veya fotoğrafları yüksek sesle anlatmak, müzik dinlemek ve oyun oynamak gibi hastanın dikkatini başka yöne çekebilecek, onun hoşuna gidebilecek aktiviteleri belirler ve bu aktiviteleri hastanede, evde veya uzun süreli bakım ünitelerinde uygular^{2,7}.

Müzik; fiziksel ve mental sağlığı korumak ve geliştirmek için kullanılır. Müzik, dikkati başka yöne çekerek, kalp atış hızını düşürür, anksiyete ve depresyonu azaltır, ağrıyı giderir, kan basıncını düşürür ve zaman algılamasını değiştirir. Hastalar müzik yapmayı veya dinlemeyi tercih edebilirler fakat ağrılı hastalar, ağrılı olaylar veya öncesinde müzik dinlemek istemeyebilirler. Müzik, kullanımı kolay olduğu için hemşireler tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Müziğin etkili olabilmesi için hastanın ruh haline, tercihin ve gereksinimine uygun bir müzik seçilmeli, en az 15 dakika dinlenmelidir. Müzik dinleme veya müzik yapma hastanın rahatlamasının yanı sıra kişisel kontrol duygusu kazanmasını ve ağrı yönetimine aktif katılımını sağlar. 1,2,5,6,7,11,62,66

2.8.4.3.3. Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback)

Derin gevşeme sağlamak için kullanılır ve özellikle kas gerginliği ve migren baş ağrılarında etkilidir. Baş ağrısının tedavisinde elektrotlar her iki şakağın üzerine bağlanır. Elektrotlar doku gerginliğini ölçer ve hastanın göreceği şekilde kaydeder. Hasta bu bilgiye göre optimal gevşemeyi başarmayı öğrenir^{1,2,7,11}.

2.8.4.3.4. Self Hipnoz (Kendi kendine hipnoz)

Hipnoz, pozitif telkinin etkisi ile ağrı algısının değişmesine yardımcı olabilir. Holistik sağlık yaklaşımı olan self hipnoz, kendi kendine telkin, gevşeme ve barış imajlarını kullanır. Hayal görme gibidir^{1,2,7,11}.

2.8.4.3.5. Ağrı Algılamasının Azalması

Rahatlığı artırmanın yollarından birisi de ağrılı uyaranları azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Bunu için; kırışık yatak takımları gergin ve düzgün yapılır, tüpler hastanın durumuna göre ayarlanır, bandajlar gevşetilir, ıslak giysileri değiştirilir, anatomik pozisyon korunur, sıcak ve soğuk uygulamalarda suyun ısı kontrol edilir, hasta yatak içinde kaldırılarak hareket ettirilir, itilip çekilmez, yemek masasında doğru pozisyon aldırılır, deri veya mukoz membranın iritanlara maruz kalması ve üriner retansiyon önlenir, konstipasyon egzersiz, diyet ve sıvı alımı artırılarak önlenir. Özellikle yatağa bağımlı hastalarda bu girişimler daha da önemlidir. Ayrıca, bakım sırasında ağrıya neden olabilecek durumlar önceden tahmin edilerek hastanın ağrı yaşamayı engellenebilir².

2.8.4.3.6. Deri Stümulasyonu (Cuteneus Stümulasyon, Periferel Teknikler)

Ağrıdan kurtulmak için derinin uyarılmasıdır. Masaj, sıcak ve soğuk uygulamalar, vibrasyon, mentol uygulama ve transkutan elektriksel sinir stümulasyonu (TENS) bir çok akut ve kronik ağrı tedavisinde kullanılan yöntemlerdendir^{2,7}.

Deri stümulasyonu ile endorfin salgılanarak veya kapı kontrol teorisine göre ağrı uyaranlarının geçişi bloke edilerek ağrı kontrol edilir. Masaj ve dokunma ile gevşeme tepkisi elde edilir^{1,2,7,11}.

Periferel teknikler hasta veya ailelerine öğretilbilir ve ağrı kontrolünde hastanın katılımı sağlanabilir. Bu yöntemlerin uygun kullanılması ağrının algılanmasını ve kas gerginliklerini azaltabilir. Yanıklar, çürükler, deri yaralanmaları, inflamasyon ve kırıklarda direkt olarak uygulanmamalıdır^{1,2,5,6,7,11,16}.

Masaj; hem fizikle hem de mental gevşeme sağlar. Masaj, dolaşımı hızlandırarak veya vazodilatasyona neden olarak ağrıyı azaltır. Hipokrat, masajı terapötik bir girişim olarak tanımlayan ilk kişidir. Masaj hastaların çoğunda kullanılabilir. Kırıklar, flebit, deri lezyonları, laserasyonlar, yeni yaralanma ve ameliyat

durumlarında masaj yapılmamalıdır. Masaj için beş hareket vardır. Efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyondur. Hemşire, bu yöntemleri uygularken sessiz bir ortam sağlamalı, hastanın rahat bir pozisyon almasına yardımcı olmalı ve terapinin amacını açıklamalıdır. Masaj, ailelere öğretilerek uygulamaları sağlanabilir^{1,2,5,6,7,11,16}.

Sıcak ve Soğuk Uygulamalar; ağrıyı giderir ve iyileşmeyi artırır. Sıcak veya soğuk uygulama hastanın durumuna göre seçilir. Hemşire, suyun ısısını kontrol etmeli, deriye direkt uygulamamalı ve hastaya işlem hakkında bilgi vermelidir. Özellikle, nörolojik yaralanmaları olanlar, yaşlılar ve konfüze hastalar risk altındadırlar^{2,7}.

Ağrı gidermede sıklıkla 15°C civarında yüzeysel soğutma için buz masajı veya soğuk torba uygulaması kullanılır. Soğuk uygulama özellikle, posttravmatik ağrı, şişlik ve kas spazmında, buz masajı ise kas, iskelet, myofasyal ve akut diş ağrılarında etkilidir. Periferal damar hastalığında, Reynauld fenomeninde, soğuk allerjisinde ve duyarlılığında kontrendikedir. Buz masajı, ağrılı bölge üzerine, yavaş, durgun ve dairevi bir şekilde 7 dakika yapılır. Soğuk uygulama, başa, ağrılı alana, ağrılı alanın yakınına veya ters tarafına uygulanabilir. En etkili uygulama ağrılı bölgenin yanına olan uygulamadır. İstenen sonuç için soğuk uygulama süresi normal kilodaki kişilerde yaklaşık 10-15 dakika iken obezlerde daha uzundur. Hasta uyuşukluk hissederse soğuk paketler ya da buz paketleri kaldırılmalıdır^{2,7}.

Sıcak uygulama için 40-45°C'lik bir ısı gerekir. Sıcak uygulama, vazodilatasyon ve kas gevşemesi yaparak, ağrı eşiğini yükselterek ağrı kontrolüne katkıda bulunur. Sıcak, kas ve eklem ağrılarında etkilidir. Sıcak uygulama travmadan sonra, malignensilerde, dolaşım yetmezliğinde kullanılmamalıdır. Yüzeysel ısı, sıcak su şişeleri, elektrikli ısıtma yastıkları, ıslak havlular, infraruj, sıcak banyo veya güneş ışığı ile uygulanabilir^{2,7}.

Sıcak ve soğuk uygulamada doku hasarını önlemek için paketler bir beze sarılmalıdır. Bu yöntemler etkili ve ucuzdur, fazla zaman almaz ve aileye kolaylıkla öğretilir^{2,7}.

TENS; derinin elektrotlar aracılığıyla elektrik akımı ile uyarılmasıdır. Ağrı uyarılarının geçişini engelleyerek veya endorfin salgılanmasını uyararak ağrı kontrolü sağlar. Akut ve kronik ağrılarda kullanılır. TENS, Fizik tedavi gerektiren ağrı durumlarında (bel ağrısı) fizik tedavi ile birlikte, akut ağrı (postoperatif ağrı) ve ileusu önlemek amacı ile kullanılır. Kardiyak pacemaker olan hastalara karotis sinus bölgesine,

nöbet ya da vasküler hastalık geçirenlerin baş ve boyun bölgelerine, gözlerin üzerine, yanık ya da açık yaraların üzerine, ağız ve vajinaya ve kardiyak problemi olanlarda ön göğüs duvarına uygulanmaz. Uygulama doktor istemi ile yapılır. TENS fizyoterapistler ya da özel eğitim almış hemşireler tarafından uygulanır. Uygulama için hasta 6-12 saat önce analjezik almamış olmalıdır. Deri tıraş edilir, elektrotlar ağrı alanına veya yanına, akupunktur bölgelerine veya spinal sinir köklerine bağlanır ve bir vızıltı duygusu yaratılır. Hasta uyarılmanın niteliğini ve şiddetini ayarlayabilir. TENS cihazları deride hasar meydana getirmeden hedef siniri kontrollü olarak eksite etmelidir. Deri hasarını azaltmak için elektrot jeli kullanılmalıdır. Elektriğe, jelin ya da bantların irritasyonuna bağlı olarak deri reaksiyonları gelişebilir. Kronik ağrılı hastalara TENS'i kullanma şekli öğretilmelidir^{2,7}.

Vibrasyon; bir tür elektrik masajıdır. Kullanımı yaygın değildir. Uygulanan yerde hissizlik, parestezi ve anestezi etkisi yaparak veya ağrının karakterini değiştirerek ağrı kontrolü sağlar. Bir çok akut ve kronik kas spazmı ve ağrıları, gerilim baş ağrıları, nöropatik ağrı, fantom ağrısı, romatoid artrit, akut tendinit ve non malign ağrıda kullanılabilir. Tromboflebit bölgesi, yaralı bölge, mekanik uyarıya aşırı duyarlı olanlar, ses ve hareketle artan migren ve diğer baş ağrılarında uygulanmamalıdır^{2,7}.

Vibrasyon için hızları ayarlanabilen el vibratörleri kullanılır. Hasta kendi kendine kullanabilir. Ağrılı alan üzerine veya ağrılı bölgenin distaline uygulanır. Uygulama süresi 20 saniye ile 15 dakika arasında değişir. Yöntem aralıklarla uygulandığı zaman daha etkilidir. Stümlasyon sonrası etkinin daha uzun olması için 25- 45 dakika süre ile uygulanmalıdır. 45 dakikalık uygulamalar sonrası kızarıklık, duyu kaybı ve kaşınma görülebilir^{2,7}.

Deriye Mentol Uygulama; mentol içeren maddeler deriye uygulanarak o bölgede sıcaklık ve serinlik sağlanır. Bu yöntem dikkati başka yöne çekerek veya ağrı algılamasını azaltarak etki eder.

Mentol, jel ya da losyon halinde bulunabilir. Artritlerde, kas, tendon ve eklem ağrılarında, bel ve boyun ağrılarında, gerilim baş ağrılarında, spor yaralanmalarında, viseral ağrılarda ve boğaz ağrısında kullanılır. Mukoz membran veya doku bütünlüğü iyi olmayan alanlarda kullanılmamalıdır. Hasta allerji açısından değerlendirilmeli, kaşınma ve irritasyon olursa uygulamaya son verilmelidir. Günde 3-4 kez uygulanabilir. Hasta kendi kendine uygulayabilir^{1,2,5,6,7,11,16}.

2.8.4.3.7. Şifalı Bitkiler

Şifalı bitkiler, son yıllarda ağrı kontrolünde sıklıkla kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir. ABD’de yapılan çalışmalar şifalı bitkilerin, doktor ve eczacının izni olmadan hastalar tarafından sıklıkla kullanıldığını göstermiştir. Bunun sonucunda kanser tedavisi için üç ay pire otu kullanan bir hastanın pıhtılaşma zamanının uzaması gibi bir yan etkiye maruz kaldığı açıklanmıştır. Şifalı bitki kullanan bir çok hastanın yan etkilerden habersiz olduğu bir gerçektir. Bu nedenle hemşireler, çeşitli şekillerde kullandıkları şifalı bitkiler hakkında bilgi sahibi olmalı, yaygın olarak kullanılan şifalı bitkiler, yan etkileri ve diğer ilaçlarla olan etkileşimlerini bilmeli, hastalarla bu konuda konuşmalı ve eğer şifalı bitki kullanacaklarsa standardize edilmiş bitkisel ürünleri güvenli yerlerden almaları önerilmelidir².

2.8.4.3.8. Diyet

Bazı ağrıyı artırıcı gıdaların diyetten çıkarılması ile ağrı kontrol edilebilir. Ağrı kontrolü için hasta bazı diyet önlemlerini almaya teşvik edilebilir. Eğer kontrendike değilse şu önlemler yararlı olabilir.

1. Yatmadan önce az miktarda şarap veya alkol almak.
2. Kafein alımını azaltmak.
3. Asitli içecekleri azaltmak.
4. Triptofanlı gıdaların alınması.

Alkol ve triptofan (serotonin öncüsü) nörotransmisyonu yavaşlatır. Serotonin enkefalinlerin salınımını uyararak ağrılı uyaran transmisyonunu inhibe eder. Kafein ve asidite norepinefrin üretimini artırarak ağrılı uyaranın transmisyonunu hızlandırır⁶.

2. 8. 4. 4. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolü bir ekip işidir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Başarının anahtarı sürekli değerlendirmeye bağlıdır. Sağlık ekibi hasta için en iyi tedavi kombinasyonunu bulmak için iş birliği yapmalıdır. Bu ekibin asıl üyeleri hekim, hemşire ve hastadır. Hekim, ilaç yazar, hemşire, ilacı uygular ve hastanın tedaviye verdiği tepkileri değerlendirir, hasta ise ağrının seyri hakkında bilgi verir. Hemşireler, cerrahi işleme ve tıbbi müdahaleye maruz kalan ve travma

geçiren hastalara bakarlar. Bu nedenle hemşireler ağrının farmakolojik kontrolünü iyi bilmelidir ^{1,2,3,5,6,11,12,18,67}.

2. 8. 4. 4. 1. Analjezikler

Ağrıdan kurtulmanın en yaygın yöntemidir. Analjezikler etkili bir şekilde ağrıyı gidermesine rağmen yanlış ilaç bilgisinden, bağımlılık hakkındaki kaygılardan, narkotik analjezikleri kullanmaktan kaynaklanan anksiyeteden, istem edilenden daha az ilaç kullanımından dolayı hemşireler ve doktorlar ağrı kontrolünde etkisiz kalabilmektedirler. Hemşireler, ağrı giderici ilaçları ve ilaçların farmakolojik etkilerini bilmelidirler^{1,7}.

Çizelge 3. Analjezikler ve Endikasyonları².

| İlaç Çeşitleri | Endikasyonları |
|--|---|
| 1.Narkotik olmayan analjezikler Acetaminophen (Tylenol) Acetylsalicylic acid (Aspirin) | Orta postoperatif ağrıda Ateş |
| 2.Nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlar (NSAID) İbuprofen (Motrin, Nuprin) Naproxen (Naprosyn) Indomethacin (Indozin) Tolmetin (Tolectin) Piroxicam (Feldene) Ketorolac (Toradol) | Dismenore, vasküler baş ağrısı, romatoid artrit, yumuşak doku travması, postoperatif ağrı, çeşitli travmatik ağrı |
| 3.Narkotik analjezikler Meperidine (Demerol) Methylmorphine(Codeine) Morphine Sulfate Fentanyl (Sublimaze) Butorphanol(Stendol) Hydromorphone HCL(Dilaudid) | Meperidin dışında kanser ağrısı, myokard infarktüsü |
| 4.Adjuvanlar Amitriptyline(Elavil) Hydoxyzine(Vistaril) Chlorpromozine(Thorazine) Diezepam(Valium) | Anksiyete depresyon, bulantı ve kusma |

Analjezikler dört ana grup altında incelenir. Bunlar, narkotik olmayan analjezikler, nonsteroidal antieflamatuar ilaçlar (NSAID), narkotik analjezikler veya opioidler ve adjuvanlardır ^{1,2,7}.

Narkotik olmayan analjezikler reçete gerektirmemesi, yan etkilerinin azlığı ve ağrı kontrolünde etkili olması nedeni ile en çok kullanılan ajanlardır ^{1,2,7}.

NSAID'ler hafiften orta dereceliye kadar olan ağrıda kullanılır. NSAID'ler ağrı uyarılarının iletim ve algılanmasını azaltmak için periferik sinir reseptörlerine etkilidirler ^{1,2,7}.

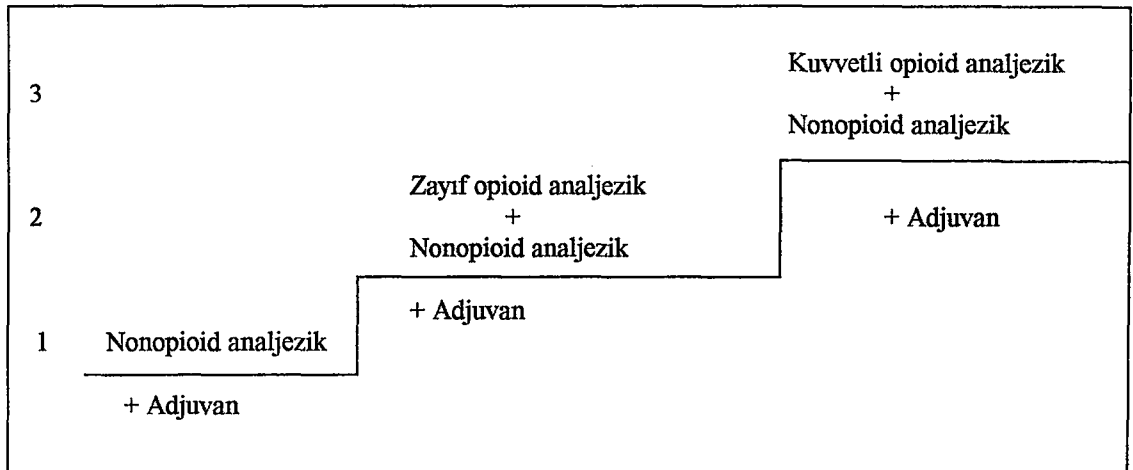
Narkotik analjezikler, orta şiddetliden, şiddetliye kadar olan ağrılarda kullanılırlar. Merkezi sinir sisteminde uyarıcı ve bastırıcı etki sağlarlar ^{1,2,7}.

Morfin sülfat opimun bir türevidir ve ağrı eşliğini yükselterek, ağrı duyumu azaltarak, ağrıya tepkinin parçaları olan korku ve anksiyeteyi azaltarak ve şiddetli ağrıda bile uyku vererek etki gösterir. En önemli komplikasyonu, solunum depresyonudur ^{1,2,7}.

Adjuvanlar ağrı kontrolünde, depresyon ve bulantı gibi ağrı ile beraber görülen belirtileri giderir. Uyku hali, koordinasyon, yargı ve mental durumda bozukluklara neden olurlar ^{1,2,7}.

İyi bir analjezik, hızlı etki etmeli, etkisi uzun sürmeli, tüm yaş gruplarında etkili olmalı, oral ve parenteral olarak kullanılabilir, şiddetli yan etkileri olmamalı, bağımlılık yapmamalı ve ucuz olmalıdır ^{1,2,3,5,6,11,12,18,67}.

1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü ağrı tedavisi için üç basamaklı bir merdiven sistemi önermiştir ¹.

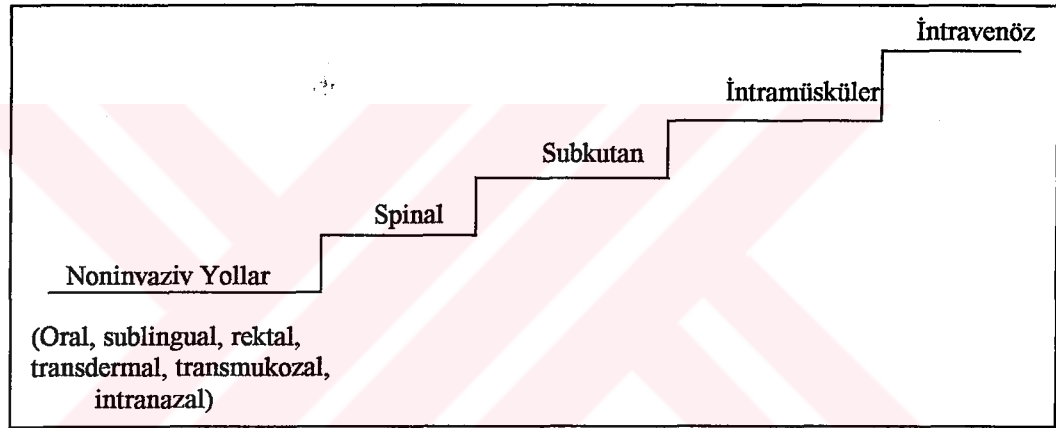


Şekil 4. Analjeziklerin uygulamasında Dünya Sağlık Örgütü'nün "Basamak Prensipleri" ⁶.

Analjezik yönetimi için hemşirelik prensipleri şu şekilde sıralanabilir;

1. Hastanın analjeziklere önceki tepkileri öğrenilmeli.
2. Birden fazla ilaç istem edildiğinde uygun olanı seçilmeli.
3. Yeterli doz bilinmeli, hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli.
4. Uygulama için doğru zaman ve aralığı değerlendirilmeli, ilaç gerektiğinde değil saatinde uygulanmalı ².

Bir kişinin analjeziğe tepkisi büyük ölçüde kişiselleşmiştir. Hemşireler, değişik analjezikleri karşılaştırmalı, yetişkin, yaşlı ve çocuk dozlarını, hasta için en etkili veriliş yolunu, oral ve enjektabl şekillerini bilmelidir. Hemşireler, devamlı ve kontrollü analjezi sağlamalıdır^{1,2,7}.



Şekil 5. Analjezik uygulama yollarının sıralanması¹

2. 8. 4. 4. 2. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)

Bu yöntem programlanan bir düzenek aracılığı ile hastanın kendi analjezi ihtiyacını saptayarak, kendi kendisine ilaç uygulaması temeline dayanır.

Postoperatif, travmatik ve kanser ağrı yönetimi için güvenli bir methodur. Amaç, analjeziğin sabit bir plazma düzeyini sağlamaktır. İntravenöz veya subkutan (S.C) olarak uygulanabilir. Uygulama için taşınabilir infüzyon pompaları ve analjezik olarak ise morfin kullanılır. Pompa, saatte veya dört saatte bir belli sayıda dozdan fazla vermeyecek şekilde ayarlanmıştır. Hasta ağrısı olduğu zamanlar bir doz almak için düğmeye basar. Ağrıyı çeken hasta olduğu için ağrı giderme önlemlerinin tümü de onun kontrolünde olmalıdır. PCA'nın güvenli ve etkili kullanımı için hastanın iyi hazırlanması ve eğitilmesi gerekir^{1,2,3,5,6,11,12,18,67,68,69,70,71}.

Çizelge 4. Hasta Eğitimi ve PCA İçin Hazırlık².

| |
|--|
| <p>Hedefler</p> <ul style="list-style-type: none">-Hasta ağrı yönetiminde PCA'nın amacını açıklayabilmeli-Hasta PCA aracını doğru bir şekilde kullanabilmeli-Hasta ağrı kontrolünü başarabilmeli <p>Öğretim Teknikleri</p> <ul style="list-style-type: none">-PCA'nın kullanımını hastaya herhangi bir sedatif verilmeden önce öğretiniz.-Hastaya, PCA'nın amaçlarını, çalışma yönergelerini, beklenen ağrı kontrolünü, önlemler ve potansiyel yan etkileri hastanın ilaç salınımını kontrol ettiğini vurgulayarak açıklayınız.-Pompanın aşırı doz riskini önlediğini vurgulayınız.-Aile üyeleri ve arkadaşlarına hasta için PCA aracını çalıştırmamalarını anlatınız.-Hastanın PCA salınım düğmesinin nasıl kullanıldığını göstermesini sağlayınız. <p>Değerlendirme</p> <ul style="list-style-type: none">-Hastadan PCA aracının amaçlarını açıklamasını isteyiniz.-Hastanın bir doz verişini gözleyiniz.-Hastanın ağrısının şiddetini PCA'nın kullanımından 15-20 dakika sonra değerlendiriniz.-Konfüze ve tepkisiz hastalar, nörolojik hastalığı olanlar, böbrek ve akciğer problemleri olanlar PCA kullanamazlar. Hemşire, PCA Aletinin çalışıp çalışmadığını kontrol etmeli, ilaç dozlarını kontrol etmeli ve narkotik artığını takip etmelidir². |
|--|

2. 8. 4. 4. 3. Lokal ve Bölgesel Anestezikler

Lokal anestezi, vücudun bir parçasının duyu kaybıdır. Deriye veya mukoz membrana lokal olarak sürülebilir veya enjekte edilebilirler. İlaçlar, sinir iletimini inhibe ederek duyunun geçici kaybını sağlarlar. İlaçlar sinir bloku yapacak şekilde verilirse duyu kaybı ile birlikte motor ve otonom fonksiyonlar da kaybolur. Hasta önce duyuyu kaybeder fakat motor aktivite duyudan önce döner. Lokal anestezikler, deride yanma, kaşınma, kızarıklık gibi lokal veya kan basıncı, nabız ve solunumda değişiklikler gibi sistemik yan etkilere neden olurlar. Hastalar, barsak ve mesane kontrolünü geçici olarak kaybedebilir. Hemşire, işlem yapılmadan önce hastaya yapılacak işlem ve etkilerini açıklar, hastayı alerji açısından değerlendirir, hayati belirtilerini ölçerek kaydeder, uygulama yapıldıktan sonra duyu ve motor fonksiyonları geri dönene kadar yaralanmalara karşı hastanın yatakta kalmasını sağlar, yan etkiler açısından hastayı gözler^{1,2}.

Lokal Analjezi Teknikleri

İnfiltrasyon: Mukoz membran veya deri altındaki süperfisyal alana enjeksiyon yapılır. Anestezi alanı küçük periferel sinirlerdir. Derinin küçük insizyonları, kesik veya yaralara dikiş atmak ve diş tedavilerinde kullanılır^{1,2}.

Periferel Sinir Bloku: Sinirin iki kola ayrıldığı yerin üzerindeki büyük periferel sinirleri çevreleyen bölgeye enjeksiyon yapılır. Anestezi alanı el, üst diş eti gibi tüm vücut parçalarıdır. Büyük diş tedavileri, ekstremitel kırıklarının yerleştirilmesi ve küçük el ve ayak cerrahi işlemlerinde kullanılır^{1,2}.

Epidural veya Peridural Sinir Bloku: Enjeksiyon alanı, spinal kordun lumbosakral bölgesinde, duramaterin dış kısmında spinal kordun tabanından ayrılan majör sinir köklerinin yakınındadır. Anestezi alanı, alt gövde ve ekstremitelerdir. Doğum, alt gövde ve ekstremitelere majör cerrahi işlemlerde kullanılır^{1,2}.

Spinal Sinir Bloku: Spinal kordun subaraknoid boşluğundaki majör sinir kökleri civarına uygulanır. Anestezi alanı alt gövde ve ekstremitelerdir. Alt gövde ve ekstremitelere majör cerrahi işlemlerde ve genel anestezi riski olanlarda kullanılır^{1,2}.

2. 8. 4. 4. Epidural Analjezi

Lokal anestezinin bir şeklidir. Postoperatif ağrı, gebelik ve doğum ağrıları ve kronik ağrılarda kullanılır^{1,2,71}.

McNair'e göre epidural analjezinin avantajları; mükemmel analjezi sağlaması, minimal sedasyon, uzun süreli etki, ambulasyonun kolaylaşması, tekrar enjeksiyonlardan kaçınma, duyuda kalıcı etkinin olmaması, kan basıncı ve kalp atımını az etkilemesidir. Epidural analjezi, spinal epidural boşluğa verilir ve boşluğa bir kateter yerleştirilerek ya devamlı infüzyon pompasına bağlanır ya da katetere puşe enjeksiyon için kapak takılır. Epidural analjezi yönetimi için hemşire özel eğitim almalıdır. Epidural analjezi için, Preservatif-free morphine sülfat, fentanyl, sufentanyl ve hydromorphine içeren ilaçlar kullanılır. İlaçlar spinal korddaki ağrı uyarılarının iletimini bloke eder².

Epidural analjezinin komplikasyonları; solunum depresyonu, bulantı, kusma, üriner retansiyon, konstipasyon ve kaşıntıdır. Hemşire, hastayı ilaç uygulandıktan sonra 15 dakikada bir, hastanın durumu stabilize olduktan sonra ise saatte bir komplikasyonlar açısından değerlendirmelidir. Solunum depresyonu gelişirse uygulamaya hemen son

verilmelidir. Hasta, ilaçların etkileri, avantajları, dezavantajları konusunda eğitilmelidir^{1,2,7}.

Çizelge 5. Epidural İnfüzyonlu Hastaların Hemşirelik Bakımı².

| Amaçlar | Girişimler |
|---|---|
| -Kateterin yerinden oynamasını önlemek | -Kateter, implant rezervuara bağlı olmadığı zaman dış deriye tespit ediniz. |
| -Kateterin fonksiyonunu sağlamak | -Kateter ve çevresindeki alanı nem ve akıntı açısından kontrol ediniz. Gözlemi kolaylaştırmak için şeffaf pansuman kullanınız. |
| -İnfeksiyonu önlemek | -Kateter bakımında sıkı aseptik teknik kullanınız. -Pansumanı rutin olarak değiştiriniz. -Her 24 saatte bir infüzyon setini değiştiriniz. |
| -Solunum depresyonunu gözlemek | Hayati belirtileri, özellikle solunumu gözleyiniz. -Nabız oksimetresi ve apne monitörü kullanılabilir. |
| İstenmeyen komplikasyonları önlemek | -Kaşıntı, bulantı ve kusma için değerlendirme yapınız. -İlaçları istem edildiği şekilde uygulayınız. |
| Üriner ve barsak fonksiyonlarını sağlamak | -Barsak ve mesane distansiyonunu, rahatsızlığın sıklığını ve aciliyetini değerlendiriniz. |

2. 8. 4. 5. Ağrı İle Başa Çıkma Cerrahi Yöntemler

Bir hastanın ağrısı tıbbi tedavi ile geçirilemiyorsa cerrahi yöntemlere başvurulabilir. Cerrahi işlemlerin riskleri, sinir yaralanmaları veya kesilmelerine bağlı yeni ağrı semptomları, ağrının tekrarı ve postoperatif nörolojik yetersizliktir^{1,2,7}.

Rizotomy; dorsal sinir kökleri spinal korda girdiği yerde kesilir. Lokalize akut ağrı ile baş etmede etkilidir. Hasta, ağrı duyusunu kaybeder ama tüm motor fonksiyonlara sahiptir^{1,2}.

Kordotomy; spinotalamik traktın kesilmesini içerir. Başa çıkılmayan ağrılar için kullanılır. İşlemden sonra etkilenen bölgelerde ağrı ve sıcaklık duyusunun kaybı olur.

Hemşire, parestezi, sıcaklık duyusunda değişme ve motor fonksiyon kayıpları açısından hastayı değerlendirmelidir^{1,2,7}.

2. 8. 5. Değerlendirme

Değerlendirme, etkili kritik düşünmeyi gerektiren bir sorumluluktur. Hemşire, dikkatli bir gözlemci olmalı ve tedavinin çeşidi, zamanı, sakatlık veya hastalığın doğası ve hastanın önceki tepkilerine göre hangi tepkileri bekleyeceğini bilmelidir.

Hemşire, hastanın ağrısının karakterinin değişip değişmediğini ve kişisel terapilerin etkili olup olmadığını değerlendirmelidir. Bakım, amacına ulaşmışsa hemşire ağrı tedavisinde başarılıdır. Hemşire, tedaviden sonra hastanın rahatsızlığının devam ettiğini tespit ederse daha değişik veya ek tedaviler deneyebilir. Hemşire, hastanın tedavinin etkinliğini algılamasını da değerlendirir. Hastanın tedaviyi uygulamak için en uygun zamana karar vermesinde de yardımcı olur. Hemşire, tedaviye toleransı ve ağrının tam olarak geçip geçmediğini kontrol etmelidir. Eğer tedavi, rahatsızlığı kötüleştiriyorsa hemşire, tedaviyi hemen durdurup yeni alternatifler aramalıdır. Hasta ve hemşire ağrı kontrolü konusunda sabırlı olmalıdır. Hemşire, hastanın ağrı algılaması ve ağrıya tepkilerini etkileyebilecek faktörleri göz önüne almalı, en etkili tedavi ve uygulama zamanı için hastanın tüm ağrı yaşantısını değerlendirmelidir².

Çizelge 6. Ağrı Girişimlerini Değerlendirme Örnekleri².

| Amaçlar | Değerlendirme Ölçütleri | Beklenen sonuçlar |
|---|--|--|
| Hasta ve eşi aktif bir şekilde ağrı yönetimi planına katılmalı. | -Hasta ve eşi Fentanyl Patch yerleştirme programını tanımlar. -Hastadan dikkati başka yöne çekme tekniklerini tartışmasını isteyiniz. -Hastadan ev ziyareti sırasında ağrı kontrol kaydını göstermesini isteyiniz. | -Hasta ve eşi ağrı kontrol tedavilerini açıklar. -Hasta günlük ağrı kontrol kaydını ve soruların cevaplarını açıklar. |
| Hasta ağrı kontrolünü başarır. | -Hasta görsel analog skalada ağrının şiddetini sınıflar. | -Hasta ağrının şiddetini 4'den az bildirir. |

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde çalışan 400 hemşire oluşturmaktadır. Pediatri klinikleri, pediatriinin özel bir dal olması ve çocuk hastalarda ağrıya ilişkin hemşirelik girişimlerinde farklılıklar bulunması nedeniyle araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastanede gündüz vardiyasında çalışan yaklaşık 205 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, izin ve rapor nedeni ile ulaşamadığımız 7 (%3.41) hemşire araştırma kapsamı dışında kalmıştır. Araştırma 2001 yılı Şubat ayında yürütülmüştür. Araştırma için hastane idaresinden izin alınmıştır. Anket formu 20 hemşireye ön uygulama yapılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Araştırmanın amacı deneklere açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket formu uygulanmıştır.

Anket formu, hemşireleri tanıtıcı 15 soru ve hemşirelerin ağrısı olan hastanın bakımına ilişkin bilgilerini ölçmeyi sağlayan 25 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın sonucu SPSS for windows programında yüzdelerle değerlendirilmeleri yapılmış ve Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir.

3.1. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi

S.6. Ağrı tanılama formu hangi bilgileri içermelidir? sorusunun cevabına yönelik seçenekler verilmiştir. Hastanın adı, soyadı, yaşı, oda no, tanısı, ağrının yerine ilişkin bilgiler, ağrının niteliğine ilişkin bilgiler, ağrının başlangıcı, süresi ilişkin bilgiler, ağrıyı ifade tarzına ilişkin bilgiler, ağrının etkilerine ilişkin bilgileri içeren seçeneklerin doğrudur, hiçbirini seçeneği yanlıştır. Doğru seçeneklerden en az 4'ünü işaretleyenler biliyor, 3 ve daha az ve hiçbirini seçeneğini işaretleyenler ve boş bırakanlar ise bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.7. Ağrı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur. Ağrının tanımını doğru yazanlar biliyor, yanlış yazanlar veya boş bırakanlar ise bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.8. Ağrı, teşhis ve tedavide önemli bir semptomdur. Ağrının semptom olduğu seçeneğini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.9. Ağrı, kimyasal, mekanik, termal ve elektriksel uyaranlarla meydana gelir ifadesi için D seçeneğini işaretleyenler biliyor, Y seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.10. Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır ifadesi için, D seçeneğini işaretleyenler biliyor, Y seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.11. Ağrı, doku yaralanması veya psikolojik nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir ifadesi için D seçeneğini işaretleyenler biliyor, Y seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.12. Aşağıdaki faktörlerden hangileri bireyin ağrıya cevabını etkiler? Sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Kültür, dikkat ve daha önceki ağrı deneyimi seçenekleri doğru, boy/kilo seçeneği yanlıştır. Doğru cevapların hepsini veya en az ikisini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S-13. Aşağıdakilerden hangileri ağrıyı **artırıcı** etki gösteren faktörlerdendir? sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Katater ve tüpler, buruşmuş yatak takımları, alçı ve bandajlar seçenekleri doğrudur, müzik yayını seçeneği yanlıştır. Doğru cevapların hepsini veya en az ikisini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.14. Ağrı, uzun vadede bireyde ne gibi değişikliklere neden olmaz? sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Kısırlık seçeneği doğru, rollerini yerine getirememe, anksiyete, stres, ajitasyon, depresyon, uyku bozuklukları seçenekleri yanlıştır. Sadece doğru seçeneği işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.15. Migren ve kanser ağrısı için K diyenler biliyor, A diyenler ve boş bırakanlar bilmiyor, postoperatif ağrı ve diş ağrısı için A diyenler biliyor, K diyenler ve boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.16. Ağrısı olan hastada gözlediğiniz **fizyolojik** değişiklikleri işaretleyiniz sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Nabız ve kan basıncında değişmeler, solunum hızında artma, pupillalarda dilatasyon seçenekleri doğru, ağlama-inleme seçeneği yanlıştır. Doğru seçeneklerin hepsini veya en az ikisini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.17. Ağrısı olan hastada gözlediğiniz **davranısal** değişiklikleri işaretleyiniz sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Dikkatte azalma, içine kapanma, aşırı hassasiyet, hatırlamada güçlük seçenekleri doğru, aşırı terleme, kusma, bulantı seçeneği yanlıştır. Doğru seçeneklerin hepsini veya en az ikisini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.18. Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar nelerdir? sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Doğru doz bilinmelidir, hastanın analjeziklere daha önceki cevabı bilinmelidir, ilaç uygulamadan önce hayati belirtiler alınmalıdır, hepsi seçenekleri doğrudur. Seçeneklerden en az ikisini veya hepsi seçeneğini işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.19. Narkotik analjeziklerin en önemli komplikasyonu solunum depresyonudur ifadesi için D seçeneğini işaretleyenler biliyor, Y seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.20. Bir hastanın ağrısı plasebo (analjezik etkisi olmayan ilaçların verilmesi) ile giderilirse ağrı gerçek değildir ifadesi için Y seçeneğini işaretleyenler biliyor, D seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.21. Ağrı yoğunluğu hasta tarafından değil klinisyen tarafından değerlendirilmelidir ifadesi için Y seçeneğini işaretleyenler biliyor, D seçeneğini işaretleyenler veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.22. Aşağıdakilerden hangisi ağrı kontrol teorilerindedir? sorusuna yönelik seçenekler verilmiştir. Kapı kontrol teorisi seçeneği doğru, nöropsikolojik teori, nöromüsküler teori ve bilmiyorum seçenekleri yanlıştır. Sadece doğru seçeneği işaretleyenler biliyor, diğer durumlar veya boş bırakanlar bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.23. Aşağıda hastanın çevresindeki ağrıya neden olabilecek faktörlerden bazıları verilmiştir. Bu faktörlerin etkisini en aza indirmek için yapılabilecek hemşirelik girişimlerini karşılıklarına yazınız.

Ağrıyı artırıcı faktörler.

- 1-() Sıcak ve soğuk uygulamalar
- 2-() Konstipasyon
- 3-() İnkontinans
- 4-() Gürültü

Hemşirelik girişimleri

- Suyun ısısının iyi ayarlanması
- Diyet vb.**
- Kalcı sonda uygulaması vb.**
- Gürültünün en aza indirilmesi vb.**

Soruda verilen bazı ağrıyı artırıcı faktörlere ilişkin bir veya birden fazla hemşirelik girişimleri yazmaları istenmiştir. Bütün anketler tarandıktan sonra yazılan hemşirelik girişimleri listelenmiştir. Bir veya birden fazla yazılan hemşirelik girişimleri için "1", yazılmayanlar için "0" şeklinde değerlendirilmiştir.

S.24. Bildiğiniz ağrı kontrol yöntemleri nelerdir? sorusuna yönelik hemşirelerden bildikleri ağrı kontrol yöntemlerini yazmaları istenmiştir. Bütün anketler tarandıktan sonra yazılan ağrı kontrol yöntemleri Farmakolojik yöntemler, sıcak ve soğuk uygulamalar, masaj, vibrasyon, müzik dinletme, düşünme/pozitif düşünme, mentol uygulama, transkütan elektriksel sinir stümlasyonu (TENS), gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, uygun ortam ve hijyenik koşulların sağlanması, psikolojik destek, egzersiz, diyet, ağrıyı artırıcı faktörlerin azaltılması vb. listelenmiştir. Bir veya birden fazla yazılan hemşirelik girişimleri için "1", yazılmayanlar için "0" şeklinde, ayrıca bir veya birden fazla hemşirelik girişimi yazanlar biliyor, boş bırakanlar ise bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

S.25. Bay Ali Arda 34 yaşındadır. Geçirdiği bir trafik kazası sonucu çeşitli travmalara maruz kalmış ve bu nedenle hastaneye yatırılmıştır. Ali Beyin üç kosta kemiğinde, pelvis kemiğinde, sağ tibia ve fibula da kırık ve buna ek olarak da yumuşak doku travması vardır. Hasta, acil ameliyattan sonrası yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Çeşitli ağrıları olan bu örnek vakaya yönelik ağrı kontrolü için yapılabilecek uygun hemşirelik girişimlerinden üç tanesinin yazılması istenmiştir. Bütün anketler tarandıktan sonra yazılan hemşirelik girişimleri listelenmiştir. Bunlar, farmakolojik yöntemler, sıcak ve soğuk uygulamalar, masaj, vibrasyon, müzik dinletme, düşünme/pozitif düşünme, mentol uygulama, TENS, gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, uygun ortam ve hijyenik koşulların sağlanması, psikolojik destek, egzersiz, diyet, ağrıyı artırıcı faktörlerin azaltılmasıdır. Bir veya birden fazla yazılan hemşirelik girişimleri için "1", yazılmayanlar için "0" , ayrıca bir veya birden fazla hemşirelik girişimi yazanlar biliyor, boş bırakanlar ise "bilmiyor" şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgiler

4.1.1. Hemşirelerin Yaş Ve Mesleki Yılı Ortalamaları

Çizelge 1. Hemşirelerin, Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı Ortalamaları (N:198).

| Tanıtıcı Özellikler | Ortalama | St. Sapma | Dağılım Aralığı |
|----------------------|----------|-----------|-----------------|
| Yaş | 30.9 | 5.7 | 20-55 |
| Mesleki deneyim yılı | 12.0 | 6.2 | 1-34 |

Çizelge 1’de hemşirelerin yaş ve mesleki deneyim yılı ortalamaları verilmiştir.

Hemşirelerin ortalama 30.9, en küçük 20 en büyük 55 yaşında olduğu mesleki deneyim yılı ortalaması 12.0, en az 1, en çok ise 34 yıllık oldukları saptanmıştır.

4.1.2. Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Çizelge 2’de hemşireleri tanıtıcı özelliklerin yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin, %33.3’ünün 30-34 yaş grubunda olduğu, %50.0’inin ön lisans mezunu olduğu, %32.3’ünün 11-15 yıllık olduğu, %53.0’inin gündüz çalıştığı, %26.3’ünün dahili kliniklerde çalıştığı, %13.6’sının ameliyathane ve anestezi bölümünde çalıştığı, %84.8’inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %52.0’inin kronik ağrı deneyimi olmadığı, %42,4’ünün ise ağrılı hasta ile sıklıkla karşılaştığı görülmektedir.

Çizelge 2. Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklerin Yüzde Dağılımı (N:198) .

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Yaş | | |
| 20-24 | 30 | 15.2 |
| 25-29 | 51 | 25.8 |
| 30-34 | 66 | 33.3 |
| 35-39 | 38 | 19.2 |
| 40 ve ↑ | 13 | 6.6 |
| Öğrenim Durumu | | |
| SML/AÖF | 88 | 44.4 |
| Ön Lisans | 99 | 50.0 |
| Lisans | 10 | 5.1 |
| Yüksek Lisans | 1 | 0.5 |
| Mesleki Deneyim Yılı | | |
| 5 yıl ve ↓ | 40 | 20.2 |
| 6-10 yıl | 36 | 18.2 |
| 11-15 yıl | 64 | 32.3 |
| 16-20 yıl | 49 | 24.7 |
| 21 ve ↑ | 9 | 4.5 |
| Çalışma Durumu | | |
| Vardiya | 30 | 15.2 |
| Nöbet | 63 | 31.8 |
| Gündüz | 105 | 53.0 |
| Çalıştığı Bölüm | | |
| Dahili Klinikler | 52 | 26.3 |
| Cerrahi Klinikler | 45 | 22.7 |
| Yoğun Bakımlar | 30 | 15.2 |
| Poliklinikler | 44 | 22.2 |
| Ameliyathane ve Anestezi | 27 | 13.6 |
| Bölümdeki Görevi | | |
| Hemşire | 168 | 84.8 |
| Sorumlu Hemşire | 30 | 15.2 |
| Kronik Ağrı Deneyimi | | |
| Evet | 95 | 48.0 |
| Hayır | 103 | 52.0 |
| Ağrılı Hasta ile Karşılaşma Sıklığı | | |
| Hemen Hemen Hiç Karşılaşmam | 11 | 5.6 |
| Bazen Karşılaşırım | 48 | 24.2 |
| Sıklıkla Karşılaşırım | 84 | 42.4 |
| Hemen Her Zaman Karşılaşırım | 55 | 27.8 |

4.1.3. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Eğitim Alma ve Yayın Takip Etme Durumlarının Yüzde Dağılımı

Çizelge 3’de hemşirelerin ağrıya ilişkin eğitim alma ve yayın takip etme durumlarının yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin, %70.7’sinin okulda ağrı eğitimi aldığı, %78.6’sının ağrı kavramını okulda diğer konuların içinde aldığı, %11.6’sının okul dışı ağrı eğitimi aldığı, okul dışı

ağrı eğitimini %69.6'sının hizmet içi eğitim, %4.3'ünün kurs, %30.4'ünün seminer ve %13.0'ının kongreye katılma şeklinde aldığı, %88.4'ünün ağrıya ilişkin bir yayın takip etmediği, ağrıya ilişkin takip edilen yayınların başında % 73.9'la radyo-televizyonun geldiği, ağrıya ilişkin yayın takip edememe nedenlerinin başında ise %29.7 ile yeterli zaman olmamasının geldiği saptanmıştır.

Çizelge 3. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Eğitim Alma ve Yayın Takip Etme Durumlarının Yüzde Dağılımı (N:198).

| Ağrı Eğitimi Alma ve Yayın Takip Etme Durumu | Sayı | % |
|---|------|------|
| Okulda Ağrı Eğitimi Alma Durumu (n:198) | | |
| -Evet | 140 | 70.7 |
| -Hayır | 58 | 29.3 |
| Okulda Ağrı Eğitim Alma Şekli (n:140) | | |
| -Ağrıyı ayrı bir kavram olarak | 30 | 21.4 |
| -Diğer konuların içinde | 110 | 78.6 |
| Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Durumu (n:198) | | |
| -Evet | 23 | 11.6 |
| -Hayır | 175 | 88.4 |
| Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Şekli* (n:23) | | |
| -Hizmet İçi Eğitim | 16 | 69.6 |
| -Kurs | 1 | 4.3 |
| -Seminer | 7 | 30.4 |
| -Kongre | 3 | 13.0 |
| Ağrıya İlişkin Yayın Takip Etme Durumu (n:198) | | |
| -Evet | 23 | 11.6 |
| -Hayır | 175 | 88.4 |
| Takip Edilen Yayın Çeşidi* (n:23) | | |
| -Kitap | 7 | 30.4 |
| -Bilimsel Dergiler | 16 | 69.6 |
| -Radyo-Televizyon | 17 | 73.9 |
| -Gazete | 12 | 52.2 |
| Yayın Takip Edememe Nedenleri* (n:175) | | |
| -Kaynak yok | 39 | 22.3 |
| -Türkçe yayın yok | 3 | 1.7 |
| -Zamanım yok | 52 | 29.7 |
| -Kendimi yeterli görüyorum | 45 | 25.7 |
| -Konuya ilğim yok | 46 | 26.3 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2. Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne İlişkin Mevcut Durumlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları

4.2.1. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikte Uyguladıkları ve Nasıl Uygulanacağını Bildiklerini İfade Ettikleri Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yüzde Dağılımı

Çizelge 4'de hemşirelerin çalıştıkları klinikte uyguladıkları ve nasıl uygulanacağını bildiklerini ifade ettikleri ağrı kontrol yöntemlerinin yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin klinikte en fazla %88.9 ile farmakolojik yöntemleri ve %52.5 ile dikkati başka yöne çekme yöntemini, en az ise %6.6 ile TENS (Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu ve %16.2 ile müzik dinletme yöntemlerini uyguladıkları, en fazla %54.0 ile farmakolojik yöntemleri ve %31.3 ile masajı, en az ise %1.0 ile diyet, %7.1 ile TENS'i bildiklerini ifade ettikleri, %34.3'ünün ise ağrı kontrol yöntemlerini bilmedikleri görülmektedir.

Çizelge 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikte Uyguladıkları ve Nasıl Uygulanacağını Bildiklerini İfade Ettikleri Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yüzde Dağılımı (N:198).

| Ağrı Kontrol Yöntemleri* | Klinikte Uygulayanlar | | Bildiklerini İfade Edenler | |
|--------------------------------------|-----------------------|------|----------------------------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| TENS | 13 | 6.6 | 14 | 7.1 |
| Masaj | 72 | 36.4 | 62 | 31.3 |
| Farmakolojik Yöntemler | 176 | 88.9 | 107 | 54.0 |
| Gevşeme Teknikleri | 58 | 29.3 | 23 | 11.6 |
| Sıcak – Soğuk Uygulama | 83 | 41.9 | 60 | 30.3 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | 104 | 52.5 | 36 | 18.2 |
| Ortamın Düzenlenmesi ve Dinlenme | - | - | 34 | 17.2 |
| Diyet | - | - | 2 | 1.0 |
| Pozisyon, Egzersiz | - | - | 22 | 11.1 |
| Pozitif Düşleme ve Psikolojik Destek | 43 | 21.7 | 43 | 21.7 |
| Müzik dinletme | 32 | 16.2 | 17 | 8.6 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.2.Hemşirelerin Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı

Çizelge 5’de hemşirelerin uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin çalıştıkları kliniklere göre dağılımı verilmiştir.

Farmakolojik yöntemlerin en fazla %97.8 ile cerrahi kliniklerde, %96.7 ile yoğun bakımlarda ve %94.2 ile dahili kliniklerde, daha az oranda ise %75.0 ile polikliniklerde ve %77.8 ile ameliyathanede çalışanların ,

Düşleme ve pozitif düşleme yöntemini, sırasıyla %42.2 ile cerrahi kliniklerde, %23.1 ile dahili kliniklerde, %16.7 ile yoğun bakımlarda, %13.6 ile polikliniklerde ve %3.7 ile ameliyathanede çalışanların ,

Dikkati başka yöne çekme yöntemini, sırasıyla %63.5 ile dahili kliniklerde, %62.2 ile cerrahi kliniklerde, %56.7 ile yoğun bakımlarda, %43.2 ile polikliniklerde ve %25.9 ile ameliyathanede çalışanların kullandıkları görülmektedir.

Klinikler arasında hemşirelerin ağrı kontrolü için kullandıkları farmakolojik yöntemler ($p=0.001$), düşleme/pozitif düşleme ($p=0.001$) ve dikkati başka yöne çekme ($p=0.009$) yöntemleri konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 5. Hemşirelerin Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı (N:198).

| Klinikler | Dahili Kl. (n:52) | | Cerrahi Kl. (n:45) | | Yoğun Bak. (n:30) | | Poliklinikler (n:44) | | Ame.ve Anes. (n:27) | | Toplam | | X ² | p-değ. |
|--------------------------|-------------------|----------------|--------------------|----------------|-------------------|----------------|----------------------|----------------|---------------------|----------------|--------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı Kontrol Yönt. * | 49 | 94.2 | 44 | 97.8 | 29 | 96.7 | 33 | 75.0 | 21 | 77.8 | 176 | 88.9 | 18.909 | 0.001 |
| Farmakolojik yönt. | 21 | 40.4 | 21 | 46.7 | 14 | 46.7 | 20 | 45.5 | 7 | 25.9 | 83 | 41.9 | 3.807 | 0.433 |
| Sıcak ve soğuk uyg. | 18 | 34.6 | 18 | 40.0 | 15 | 50.0 | 14 | 31.8 | 7 | 25.9 | 72 | 36.4 | 4.401 | 0.355 |
| Masaj | 2 | 3.8 | 1 | 2.2 | 1 | 3.3 | 1 | 2.3 | 2 | 7.4 | 7 | 3.5 | 1.639 | 0.802 |
| Müzik dinletme | 13 | 25.0 | 9 | 20.0 | 1 | 3.3 | 6 | 13.6 | 3 | 11.1 | 32 | 16.2 | 7.846 | 0.097 |
| Düşleme/Pozitif düşl. | 12 | 23.1 | 19 | 42.2 | 5 | 16.7 | 6 | 13.6 | 1 | 3.7 | 43 | 21.7 | 18.479 | 0.001 |
| Mentol uygulama | 5 | 9.6 | 2 | 4.4 | 1 | 3.3 | - | - | 1 | 3.7 | 9 | 4.5 | 5.323 | 0.256 |
| TENS | 2 | 3.8 | 3 | 6.7 | 1 | 3.3 | 2 | 4.5 | 5 | 18.5 | 13 | 6.6 | 7.719 | 0.102 |
| Gevşeme teknikleri | 13 | 25.0 | 19 | 42.2 | 10 | 33.3 | 10 | 22.7 | 6 | 22.2 | 58 | 29.3 | 5.899 | 0.207 |
| Dikkati başka yöne çekme | 33 | 63.5 | 28 | 62.2 | 17 | 56.7 | 19 | 43.2 | 7 | 25.9 | 104 | 52.5 | 13.599 | 0.009 |

x:Sütun % *Birden fazla seçerek işaretlenmiştir.

4.2.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yaşadıkları Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı

Çizelge 6'de hemşirelerin çalıştıkları klinikte uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin yaşadıkları kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımı verilmiştir.

Kronik ağrı deneyimi olanların %88.4'ünün farmakolojik yöntemleri, %47.4'ünün dikkati başka yöne çekme ve %42.1'inin sıcak-soğuk uygulamayı kliniklerinde uyguladıkları, en az kullanılan yöntemin ise vibrasyon ve mentol uygulama (%5.3) olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları ağrı kontrol yöntemleri ile kronik ağrı deneyimleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 6. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Yaşadıkları Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı (N=198).

| Kronik Ağrı Deneyimi Ağrı Kontrol Yöntemleri * | Evet (n:95) | | Hayır (n:103) | | Toplam | | X ² | p-değ. |
|---|-------------|----------------|---------------|----------------|--------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Farmakolojik Yöntemler | 84 | 88.4 | 92 | 89.3 | 176 | 88.9 | 0.040 | 0.841 |
| Sıcak – Soğuk Uygulama | 40 | 42.1 | 43 | 41.7 | 83 | 41.9 | 0.003 | 0.959 |
| Masaj | 34 | 35.8 | 38 | 36.9 | 72 | 36.4 | 0.026 | 0.872 |
| Vibrasyon | 5 | 5.3 | 2 | 1.9 | 7 | 3.5 | 1.599 | 0.206 |
| Müzik Dinletme | 12 | 12.6 | 20 | 19.4 | 32 | 16.2 | 1.680 | 0.195 |
| Düşleme/Pozitif Düşleme | 21 | 22.1 | 22 | 21.4 | 43 | 21.7 | 0.16 | 0.899 |
| Mentol uygulama | 5 | 5.3 | 4 | 3.9 | 9 | 4.5 | 0.217 | 0.641 |
| TENS | 8 | 8.4 | 5 | 4.9 | 13 | 6.6 | 1.025 | 0.311 |
| Gevşeme Teknikleri | 27 | 28.4 | 31 | 30.1 | 58 | 29.3 | 0.067 | 0.796 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | 43 | 47.4 | 59 | 57.3 | 104 | 52.5 | 1.948 | 0.163 |

x:Sütun % *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.4. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı

Çizelge 7'da hemşirelerin, çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Hemşireler tarafından en fazla uygulanan farmakolojik yöntemleri en fazla %94.5 ağrılı hasta ile hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin, %92.9 ile sıklıkla karşılaşırım diyenlerin, daha az oranda ise %79.2 ile bazen karşılaşırım, %72.7 ile hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin uyguladıkları görülmektedir.

Hemşirelerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklıkları ile çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları farmakolojik yöntemler ($p=0.014$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Uyguladıkları Ağrı Kontrol Yöntemlerinin Ağrılı Hasta ile Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı (N:198).

| Karşılaşma Sıklığı | Hemen hemen hiç (n:11) | | Bazen (n:48) | | Sıklıkla (n:84) | | Her zaman (n:55) | | Toplam | | X ² | p- değ. |
|-------------------------------|---------------------------|----------------|-----------------|----------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------|--------|----------------|----------------|---------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı Kont. Yöntemleri* | | | | | | | | | | | | |
| Farmakolojik yöntemler | 8 | 72.7 | 38 | 79.2 | 78 | 92.9 | 52 | 94.5 | 17.6 | 88.9 | 0.624 | 0.014 |
| Sıcak,soğuk Uygulama | 2 | 18.2 | 19 | 39.6 | 48 | 42.9 | 26 | 47.3 | 83 | 41.9 | 3.331 | 0.343 |
| Masaj | 1 | 9.1 | 17 | 35.4 | 37 | 44.0 | 17 | 30.9 | 72 | 36.4 | 6.405 | 0.693 |
| Vibrasyon | - | - | 4 | 8.3 | 3 | 3.6 | - | - | 7 | 3.5 | **1.38 | 0.217 |
| Müzik dinletme | 2 | 18.2 | 8 | 16.7 | 12 | 14.3 | 10 | 18.2 | 32 | 16.2 | 9.426 | 0.935 |
| Düşleme/Pozitif düşünme | - | - | 8 | 16.7 | 19 | 22.6 | 16 | 29.1 | 43 | 21.7 | 5.571 | 0.134 |
| Mentol uygulama | - | - | 6 | 12.5 | 3 | 3.6 | - | - | 9 | 4.5 | **3.83 | 0.057 |
| TENS | - | - | 5 | 10.4 | 6 | 7.1 | 2 | 3.6 | 13 | 6.6 | 2.718 | 0.432 |
| Gevşeme Teknikleri | 3 | 27.3 | 12 | 25.0 | 24 | 28.6 | 19 | 34.5 | 58 | 29.3 | 1.202 | 0.752 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | 5 | 45.5 | 24 | 50.0 | 44 | 52.4 | 31 | 56.4 | 104 | 52.5 | 0.669 | 0.880 |

x:Sütun % *Birden fazla seçerek işaretlenmiştir.

**Ki-kare testleri geçerli sıklıklar kullanılarak yapılmıştır.

4.2.5. Hemşirelerin “Ağrı Kontrol Yöntemi Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı

Çizelge 8’de hemşirelerin, “Ağrı kontrol yöntemi uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediği nasıl kontrol edersiniz” sorusuna verdikleri cevapların yüzde dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin, en fazla hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarak (%81.3), en az ise ağrı tanılama formu kullanarak (%4.0), hastaların ağrısının geçip geçmediğini değerlendirdikleri, %7.1’nin ağrı değerlendirmesi yapmadığı, %8.6’sının ise doktordan ağrı değerlendirmesi istediği görülmektedir.

Çizelge 8. Hemşirelerin “Ağrı Kontrol Yöntemi Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı (N:198).

| Kontrol Etme Şekilleri* | Sayı | % |
|---|------|------|
| Ağrı Tanılama Formu Kullanırım | 8 | 4.0 |
| Ağrı İzleme Formu Kullanırım | 10 | 5.1 |
| Ağrı Dindirme ve Memnuniyet Skalaları Kullanırım | 14 | 7.1 |
| Hastayı Bireysel Ağrı Göstergeleri Açısından Gözlerim | 91 | 46.0 |
| Ağrısının Geçip Geçmediğini Sorarım | 161 | 81.3 |
| Hasta Ağrı İfade Etmiyorsa Geçmiştir diye Düşünürüm | 41 | 20.7 |
| Değerlendirme İçin Özel Bir Şey Yapmıyorum | 14 | 7.1 |
| Doktordan Değerlendirme İsterim. | 17 | 8.6 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.6. Hemşirelerin, “Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı

Çizelge 9’de hemşirelerin, “ağrı kontrol yöntemlerini uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediğini nasıl kontrol edersiniz?” sorusuna verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımı verilmiştir.

Hastanın ağrısının geçip geçmediğini sözel olarak kontrol ederim cevabını en fazla %92.3 ile dahili kliniklerde, %80.0 ile yoğun bakımlarda, %79.5 ile polikliniklerde ve daha az oranda %55.6 ile ameliyathane ve anestezi ve %8.7 ile cerrahi kliniklerde çalışanların verdikleri görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrı kontrol yöntemlerini uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediğini sözel olarak değerlendirmesi ($p=0.002$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 9. Hemşirelerin "Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uyguladıktan Sonra Hastanın Ağrısının Geçip Geçmediğini Nasıl Kontrol Edersiniz? Sorusuna Verdikleri Cevapların Çıktıkları Kliniklere Göre Dağılımı (N:198).

| Değerlendirme Şekli* | Klinikler | | Dahili Kl. (n:52) | | Cerrahi Kl. (n:45) | | Yoğun Bak. (n:30) | | Poliklinikler (n:44) | | Ame. ve Anes (n:27) | | Toplam | | X ² | p-değ |
|--|-----------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|----------------------|------|---------------------|------|--------|-------|----------------|-------|
| | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | | |
| Ağrı tanılama formu kullanırım. | 3 | 5.8 | 1 | 2.2 | 2 | 6.7 | - | - | 2 | 7.4 | 8 | 4.0 | 3.960 | 0.411 | | |
| Ağrı izleme formunu kullanırım. | 2 | 3.8 | 1 | 2.2 | 1 | 3.3 | 2 | 4.5 | 4 | 14.8 | 10 | 5.1 | 6.484 | 0.166 | | |
| Ağrı dindirme ve memnuniyet skalasını kullanırım. | 5 | 9.6 | 3 | 6.7 | 1 | 3.3 | 2 | 4.5 | 3 | 11.1 | 14 | 7.1 | 2.259 | 0.688 | | |
| Hastayı bireysel ağrı göstergeleri açısından gözlerim. | 26 | 50.0 | 26 | 57.8 | 12 | 40.0 | 17 | 38.6 | 10 | 37.0 | 91 | 46.0 | 5.117 | 0.276 | | |
| Ağrısının geçip geçmediğini sorarım. | 48 | 92.3 | 39 | 86.7 | 24 | 80.0 | 35 | 79.5 | 15 | 55.6 | 161 | 81.3 | 16.899 | 0.002 | | |
| Hasta ağrı ifade etmiyorsa geçmiştir diye düşünürüm. | 11 | 21.2 | 12 | 26.7 | 5 | 16.7 | 8 | 18.2 | 5 | 18.5 | 41 | 20.7 | 1.528 | 0.822 | | |
| Değerlendirme için özel bir şey yapmıyorum. | 3 | 5.8 | 2 | 4.4 | 3 | 10.0 | 4 | 9.1 | 2 | 7.4 | 14 | 7.1 | 1.276 | 0.865 | | |
| Doktordan değerlendirme isterim. | 7 | 13.5 | 1 | 2.2 | - | - | 5 | 11.4 | 4 | 14.8 | 17 | 8.6 | 8.482 | 0.075 | | |

x:Sütun % * Birden fazla seçerek işaretlenmiştir.

4.2.7. Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı

Çizelge 10’da hemşirelerin “Hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin en fazla %85.4’ünün sözlü ifadeleri değerlendirerek, %37.4’ünün bazı özel uygulamalardan sonra ağrı bekleyerek, en az ise %4.0’ının bireysel ağrı göstergelerine bakarak hastanın ağrısı olduğunu anladıkları görülmektedir. Hemşirelerin %2.5’inin hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmediklerini ifade ettikleri görülmüştür.

Çizelge 10. Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Yüzde Dağılımı (N:198).

| Ağrıyı Değerlendirme Şekilleri * | Sayı | % |
|---|------|------|
| Ağrı tanılama formu sonuçlarını değerlendiririm. | 15 | 7.6 |
| Ağrı izleme formu sonuçlarını değerlendiririm. | 13 | 6.6 |
| Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarını değ. | 24 | 12.1 |
| Sözlü ifadeleri değerlendiririm. | 169 | 85.4 |
| Hastanın veya ailenin tuttuğu ağrı günlüğü değerlendiririm. | 13 | 6.6 |
| Bazı özel uygulamalardan sonra ağrı beklerim. | 74 | 37.4 |
| Bireysel ağrı göstergelerine bakarım. | 8 | 4.0 |
| Hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmiyorum | 5 | 2.5 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.8. Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı

Çizelge 11’de da hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların mesleki deneyim yıllarına göre dağılımı verilmiştir.

Sözlü ifadelere bakarak ağrı yoğunluğunu değerlendiririm cevabını verenlerin en fazla %100.0 ile 21 yıllık ve üzeri olanların, en az ise %21.9 ile 5 yıl ve daha az çalışanların olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile sözlü ifadeleri bakarak ağrı yoğunluğunu değerlendirme şekli (p=0.019) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 11 . Hemşirelerin "Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlıyorsunuz" Sorusuna Verdikleri Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı (N:198)

| Mesleki Deneyim Yılı | 5 yıl ve< (n:40) | | 6-10 yıl (n:36) | | 11-15 yıl (n:64) | | 16-20 yıl (n:49) | | 21 ve↑ (n:9) | | Toplam | | X ² | p- değ. |
|--|------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|--------------|----------------|--------|----------------|----------------|------------|
| | Sayı | % ^z | Sayı | % ^z | Sayı | % ^z | Sayı | % ^z | Sayı | % ^z | Sayı | % ^z | | |
| Bilgi Soruları* | | | | | | | | | | | | | | |
| Ağrı tanılama formu sonuçlarını değerlendiririm. | 4 | 10.0 | 5 | 13.9 | | 7.8 | 1 | 2.0 | - | - | 15 | 7.6 | 5.267 | 0.261 |
| Ağrı izleme formu sonuçlarını değerlendiririm. | 2 | 5.0 | 3 | 8.3 | 4 | 6.3 | 3 | 6.1 | 1 | 11.1 | 13 | 6.6 | 0.672 | 0.955 |
| Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarını değerlendiririm. | 4 | 10.0 | 6 | 16.7 | 9 | 14.1 | 3 | 6.1 | 2 | 22.2 | 24 | 12.1 | 3.611 | 0.461 |
| Sözlü ifadeleri değerlendiririm (hasta ve yakınları). | 37 | 21.9 | 33 | 91.7 | 47 | 73.4 | 43 | 87.8 | 9 | 100.0 | 169 | 85.4 | 11.822 | 0.019 |
| Hastanın veya ailenin tuttuğu ağrı günlüğünü değerlendiririm. | 1 | 2.5 | 4 | 11.1 | 5 | 7.8 | 2 | 4.1 | 1 | 11.1 | 13 | 6.6 | 3.248 | 0.517 |
| Bazı özel uygulamadan sonra ağrı beklerim. | 10 | 25.0 | 15 | 41.7 | 28 | 43.8 | 18 | 36.7 | 3 | 3.3 | 74 | 37.4 | 4.083 | 0.395 |
| Bireysel ağrı göstergelerine bakarım. | 1 | 2.5 | - | - | 4 | 6.3 | 3 | 6.1 | - | - | 8 | 4.0 | 3.493 | 0.479 |
| Hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendiriyorum. | - | - | 1 | 2.8 | 2 | 3.1 | 1 | 2.0 | 1 | 11.1 | 5 | 2.5 | 3.881 | 0.422 |

x:Sütun % *Birden fazla seçeneğe işaretlenmiştir.

4.2.9. Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Kliniklere Göre Dağılımı

Çizelge 12’de hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların kliniklere göre dağılımı verilmiştir.

Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarına bakarak hastanın ağrısını en fazla %22.2 ile cerrahi kliniklerde çalışanların, daha az oranda ise %14.8 ile ameliyathane ve anesteziye çalışanların, %13.5 ile dahili kliniklerde çalışanların, %6.8 ile polikliniklerde çalışanların değerlendirdikleri, yoğun bakımlarda çalışanların ise hiç değerlendirme yapmadıkları görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarına bakarak hastanın ağrısını değerlendirme şekli ($p=0.042$) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 12. Hemşirelerin "Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlıyorsunuz" Sorusuna Verdikleri Cevapların Çalışıkları Klimiklere Göre Dağılımı (N:198)

| Klinikler | Dahili Kl. (n:52) | | Cerrahi Kl. (n:45) | | Yoğun Bak. (n:30) | | Poliklinikler (n:44) | | Ame.ve Anes. (n:27) | | Toplam | | X ² | p-değ. |
|---|-------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|----------------------|------|---------------------|------|--------|------|----------------|--------|
| | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | | |
| Değerlendirme Şekli * | | | | | | | | | | | | | | |
| Ağrı tanımlama formu sonuçlarını değerlendiririm. | 7 | 13.5 | 2 | 4.4 | 3 | 10.0 | - | - | 3 | 11.1 | 15 | 7.6 | 7.543 | 0.110 |
| Ağrı izleme formu sonuçlarını değerlendiririm. | 5 | 9.6 | 1 | 2.2 | 2 | 6.7 | 2 | 4.5 | 3 | 11.1 | 13 | 6.6 | 3.375 | 0.497 |
| Ağrı dindirme ve memnuniyet skalalarını değerlendiririm. | 7 | 13.5 | 10 | 22.2 | - | - | 3 | 6.8 | 4 | 14.8 | 24 | 12.1 | 9.882 | 0.042 |
| Sözlü ifadeleri değerlendiririm (Hasta ve yakınları). | 48 | 92.3 | 39 | 86.7 | 25 | 83.3 | 37 | 84.1 | 20 | 74.1 | 169 | 85.4 | 4.976 | 0.290 |
| Hasta ve yakınlarının tuttuğu ağrı günlüğünü değerlendiririm. | 6 | 11.5 | 4 | 8.9 | 1 | 3.3 | 2 | 4.5 | - | - | 13 | 6.6 | 5.193 | 0.268 |
| Bazı özel uygulamalardan sonra ağrı beklerim. | 17 | 32.7 | 22 | 48.9 | 10 | 33.3 | 17 | 38.6 | 8 | 29.6 | 74 | 37.4 | 3.967 | 0.410 |
| Bireysel ağrı göstergelerine bakarım. | 1 | 1.9 | 1 | 2.2 | 3 | 10.0 | 1 | 2.3 | 2 | 7.4 | 8 | 4.0 | 4.877 | 0.300 |
| Hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmiyorum. | 1 | 1.9 | - | - | 1 | 3.3 | 2 | 4.5 | 1 | 3.7 | 5 | 2.5 | 2.204 | 0.698 |

x:Sütun % * Birden fazla seçerek işaretlenmiştir.

4.2.10. Hemşirelerin “Hastanın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlarsınız?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Ağrılı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı

Çizelge 13’de hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %90.0’ının, bazen karşılaşırım diyenlerin %85.4’ünün, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %88.1’inin ve her zaman karşılaşanların %80’inin hastanın ağrısını en fazla sözlü ifadelerle bakarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Hemşirelerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıkları ile bireysel ağrı göstergelerine bakarak hastanın ağrısını değerlendirme şekli ($p=0.049$) konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 13. Hemşirelerin "Hastanızın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlıyorsunuz" Sorusuna Verdikleri Cevapların Ağrılı Hasta ile Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı (N:198).

| Değerlendirme Şekli* | Karşılaşma Sıklığı | | Hemen hiç (n:11) | | Bazen (n:48) | | Sıklıkla (n:84) | | Hemen her zaman (n:55) | | Toplam | | X ² | p-değ. |
|---|--------------------|----------------|------------------|----------------|--------------|----------------|-----------------|----------------|------------------------|----------------|--------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanımlama formu sonuçlarını değerlendiririm. | - | - | 1 | 2.1 | 8 | 9.5 | 6 | 10.9 | 15 | 7.6 | 4.298 | 0.231 | | |
| Ağrı izleme formu sonuçlarını değerlendiririm. | - | - | 4 | 8.3 | 7 | 8.3 | 2 | 3.6 | 13 | 6.6 | 2.215 | 0.529 | | |
| Ağrı dindirme ve memnuniyet skalalarını değerlendiririm. | - | - | 4 | 8.3 | 12 | 14.3 | 8 | 14.5 | 24 | 12.1 | 2.837 | 0.417 | | |
| Sözlü ifadeleri değerlendiririm (hasta ve yakınları). | 10 | 90.0 | 41 | 85.4 | 74 | 88.1 | 44 | 80.0 | 169 | 85.4 | 2.038 | 0.565 | | |
| Hasta ve yakınlarının tuttuğu ağrı günlüğünü değerlendiririm. | 1 | 9.1 | 4 | .3 | 4 | 4.8 | 4 | 7.3 | 13 | 6.6 | 0.849 | 0.838 | | |
| Bazı özel uygulamalardan sonra ağrı beklerim. | 2 | 18.2 | 15 | 31.3 | 31 | 36.9 | 26 | 47.3 | 74 | 37.4 | 4.811 | 0.186 | | |
| Bireysel ağrı göstergelerine bakarım. | 1 | 9.1 | 2 | 4.2 | - | - | 5 | 9.1 | 8 | 4.0 | 7.881 | 0.049 | | |
| Hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmiyorum. | - | - | 1 | 2.1 | 1 | 1.2 | 3 | 5.5 | 5 | 2.5 | 2.848 | 0.416 | | |

x:Sütun % * Birden fazla seçeneğe işaretlenmiştir.

4.3. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları

4.3.1. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularını Verdikleri Doğru Cevapların Yüzde Dağılımı

Çizelge 14'de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin, en fazla analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%96.5), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%93.4) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.4) ilişkin sorulara doğru cevap verdikleri, ağrı kontrol teorileri (%3.0), plasebo kullanımı (%15.2) ve ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişikliklere (%17.2) ilişkin sorulara ise en az doğru cevap verdikleri görülmüştür.

Çizelge 14. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularını Verdikleri Doğru Cevapların Yüzde Dağılımı.

| Bilgi Soruları | Sayı | % |
|--|------|------|
| Ağrı tanılama formu içeriği | 144 | 72.7 |
| Ağrının tanımı | 93 | 47.0 |
| Ağrının semptom olduğu | 94 | 47.5 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 162 | 81.8 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 131 | 66.2 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 185 | 93.4 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 99 | 50.0 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 117 | 59.1 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 164 | 82.2 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 34 | 17.2 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 48 | 24.2 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 191 | 96.5 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 185 | 93.4 |
| Plasebo kullanımı | 30 | 15.2 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 96 | 48.5 |
| Ağrı kontrol teorileri | 6 | 3.0 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 130 | 65.7 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 160 | 80.8 |

4.3.2. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Çizelge 15’de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede, ağrı tanılama formunun içeriği (%81.2), ağrının tanımı (%63.6), ağrının semptom olduğu (%77.7), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%90.9), ağrı reseptörlerin özellikleri (%72.7), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%100.0) ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%54.4), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%36.4), narkotik analjezikleri komplikasyonları (%100.0) ve ağrı kontrol teorilerine (%9.1) ilişkin soruları en fazla lisans ve yüksek lisans mezunlarının doğru cevapladığı, ağrıyı artırıcı faktörler (%59.4), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.6), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%96.8), plasebo kullanımı (%15.5), ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesi (%48.7), ağrı kontrol yöntemleri (%66.8) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%81.8) ilişkin soruları ise en fazla SML/AÖF/Ön lisans mezunlarının doğru cevapladığı görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile ağrıya ilişkin bilgi sorularını doğru bilme durumları konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 15. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (N:198).

| Eğitim Durumu Bilgi Soruları | SML/AÖF/Ön Lisans (n:187) | | Lisans/Yüksek Lisans (n:11) | | X ² | p- değ |
|--|------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 135 | 72.2 | 9 | 81.8 | 0.485 | 0.486 |
| Ağrının tanımı | 86 | 46.0 | 7 | 63.6 | 1.299 | 0.254 |
| Ağrının semptom olduğu | 86 | 46.0 | 8 | 72.7 | 2.978 | 0.084 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 152 | 81.3 | 10 | 90.9 | 0.647 | 0.421 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 123 | 65.8 | 8 | 72.7 | 0.224 | 0.636 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 174 | 93.0 | 11 | 100.0 | 0.818 | 0.366 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 93 | 49.7 | 6 | 54.5 | 0.96 | 0.756 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 111 | 59.4 | 6 | 54.5 | 0.100 | 0.752 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 155 | 82.9 | 9 | 81.8 | 0.008 | 0.927 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 33 | 17.6 | 1 | 9.1 | 0.535 | 0.465 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 44 | 23.5 | 4 | 36.4 | 0.932 | 0.334 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 181 | 96.8 | 10 | 90.0 | 1.054 | 0.305 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 174 | 93.0 | 11 | 100.0 | 0.818 | 0.366 |
| Plesebo kullanımı | 29 | 15.5 | 1 | 9.1 | 0.333 | 0.564 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 91 | 48.7 | 5 | 45.5 | 0.043 | 0.836 |
| Ağrı kontrol teorileri | 5 | 2.7 | 1 | 9.1 | 1.456 | 0.228 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 125 | 66.8 | 5 | 45.5 | 2.108 | 0.147 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 153 | 81.8 | 7 | 63.6 | 2.214 | 0.137 |

x:Sütun %

4.3.3. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı

Çizelge 16'de hemşirelerin ağrıya ilişkin sorulara verdikleri doğru cevapların mesleki deneyim yıllarına göre dağılımı verilmiştir.

Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıl ve üzeri olanların %88.9 ile,

Ağrının tanımını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 5 yıllık ve üzeri, 6-10 yıllık ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,

Ağrının semptom olduğunu doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %94.5 ile,

Ağrı reseptörlerin özelliklerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanlar %71.4 ile,

Ağrının tanımını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 5 yıllık ve üzeri, 6-10 yıl ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,

Ağrının bir semptom olduğunu doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %94.5 ile,

Ağrı reseptörlerinin özelliklerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanlar %71.4 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanlar %100.0 ile,

Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %66.7 ile en fazla,

Ağrıyı artırıcı faktörleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %66.7 ile,

Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanların %89.8 ile,

Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %22.2 ile,

Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %36.1 ile,

Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 11-15 yıllık olanların %98.4 ile,

Narkotik analjeziklerin komplikasyonlarını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %97.2 ile,

Plasebo kullanımı doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %33.3 ile,

Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanlar %61.2 ile,

Ağrı kontrol teorilerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımlında, 16-20 yıllık olanların %4.1 ile,

Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımlında, 6-10 yıllık olanların %80.6 ile,

Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin ağrı deneyimlerine göre dağılımlında, 21 yıllık ve üzeri olanların %88.9 ile en fazla doğru cevap veren gruplar oldukları görölmektedir.

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini bilme durumları ($p=0.007$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.



Çizelge 16. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı (N:198)

| Bilgi Soruları | Mesleki Deneyim Yılı | | | | | | | | | | X ^x | p-değ. |
|---|----------------------|----------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|------|------------------|----------------|----------------|--------|
| | 5 yıl ↓ (n:40) | | 6-10 yıl (n:36) | | 11-15 yıl (n:64) | | 16-20 yıl (n:49) | | 21 ve ↑ (n:9) | | | |
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | Sayı | % | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 30 | 75.0 | 29 | 80.6 | 43 | 67.2 | 34 | 69.4 | 8 | 88.9 | 3.667 | 0.453 |
| Ağrının tanımı | 20 | 50.0 | 18 | 50.0 | 32 | 50.0 | 4 | 42.9 | 2 | 22.2 | 3.062 | 0.548 |
| Ağrının semptom olduğu | 19 | 47.5 | 18 | 50.0 | 32 | 50.0 | 4 | 44.9 | 3 | 33.3 | 1.108 | 0.893 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 31 | 77.5 | 34 | 94.5 | 52 | 81.3 | 39 | 79.6 | 6 | 66.7 | 5.925 | 0.205 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 26 | 65.0 | 22 | 61.1 | 42 | 65.6 | 35 | 71.4 | 6 | 66.7 | 1.051 | 0.902 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 36 | 90.0 | 36 | 100.0 | 59 | 92.2 | 46 | 93.9 | 8 | 88.9 | 3.780 | 0.437 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 17 | 42.5 | 20 | 55.6 | 35 | 54.7 | 21 | 42.9 | 6 | 66.7 | 3.907 | 0.419 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 25 | 62.5 | 22 | 61.1 | 38 | 59.4 | 26 | 53.1 | 6 | 66.7 | 1.206 | 0.877 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 33 | 82.5 | 29 | 80.6 | 51 | 79.7 | 44 | 89.8 | 7 | 77.8 | 2.412 | 0.661 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 6 | 15.0 | 7 | 19.4 | 14 | 21.9 | 5 | 10.2 | 2 | 22.2 | 3.093 | 0.542 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 10 | 25.0 | 13 | 36.1 | 14 | 21.9 | 10 | 20.4 | 1 | 11.1 | 4.206 | 0.379 |
| Analjezik ilaçların verilmesinde dikkat edilecek noktalar | 37 | 92.5 | 35 | 97.2 | 59 | 92.2 | 47 | 95.9 | 8 | 88.9 | 4.470 | 0.346 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 36 | 90.0 | 35 | 97.2 | 59 | 92.2 | 47 | 95.9 | 8 | 88.9 | 2.569 | 0.632 |
| Plesebo kullanımı | 6 | 15.0 | 5 | 13.9 | 8 | 12.5 | 8 | 16.3 | 3 | 33.3 | 2.762 | 0.598 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendiren. | 13 | 32.5 | 20 | 55.6 | 30 | 46.9 | 30 | 61.2 | 3 | 33.3 | 8.890 | 0.061 |
| Ağrı kontrol teorileri | 1 | 2.5 | 1 | 2.8 | 2 | 3.1 | 2 | 4.1 | - | - | 0.514 | 0.972 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 20 | 50.0 | 29 | 80.6 | 42 | 65.6 | 32 | 65.3 | 7 | 77.8 | 8.482 | 0.075 |
| Ağrıyı azaltıcı hem. Girişimleri | 24 | 60.0 | 31 | 86.1 | 54 | 84.4 | 43 | 87.8 | 8 | 88.9 | 14.249 | 0.007 |

x: Sütun %

4.3.4. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı

Çizelge 17'da hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımı verilmiştir.

Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, yoğun bakımlarda çalışanların %76.7 ile,

Ağrının tanımını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %71.1 ile,

Ağrının semptom olduğunu doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, yoğun bakımlarda çalışanların %66.7 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %88.9 ile,

Ağrı reseptörlerinin özelliklerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %75.6 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında yoğun bakımlarda çalışanların %96.7 ile,

Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %64.4 ile,

Ağrıya artırıcı faktörleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, dahili kliniklerde çalışanların %63.5 ile,

Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımdan, polikliniklerde çalışanların %88.6 ile,

Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, dahili kliniklerde çalışanların %23.1 ile,

Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %37.8 ile,

Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, poliklinik ve ameliyathanede çalışanların %100.0 ile,

Narkotik analjeziklerin komplikasyonlarını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %97.8 ile,

Plasebo kullanımını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, ameliyathane ve anestezi bölümünde çalışanların %22.2 ile,

Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, dahili kliniklerde çalışanların %63.5 ile,

Ağrı kontrol teorileri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, ameliyathane ve anestezi bölümünde çalışanların %7.4 ile,

Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %80.0 ile,

Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %91.1 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrının tanımı ($p=0.002$), ağrının semptom olduğu ($p=0.040$) ve ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri ($p=0.028$) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.



Çizelge 17. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı (N:198)

| Bilgi Soruları | Klinikler | | Dahili Kl. (n:52) | | Cerrahi Kl. (n:45) | | Yoğun Bak. (n:30) | | Politiklinikler (n:44) | | Ame. ve Anes (n:27) | | X ² | p-değ. |
|---|-----------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------------------|-------|------------------------|-------|---------------------|-------|----------------|--------|
| | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | | |
| Ağrı tanımlama formu içeriği | 39 | 75.0 | 33 | 73.3 | 23 | 76.7 | 31 | 70.5 | 18 | 66.7 | 0.993 | 0.911 | | |
| Ağrının tanımı | 26 | 50.0 | 32 | 71.1 | 9 | 30.0 | 17 | 38.6 | 9 | 33.3 | 17.432 | 0.002 | | |
| Ağrının semptom olduğu | 23 | 44.2 | 25 | 55.6 | 20 | 66.7 | 18 | 40.9 | 8 | 29.6 | 10.038 | 0.040 | | |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 42 | 80.8 | 40 | 88.9 | 23 | 76.7 | 35 | 79.5 | 22 | 81.5 | 2.241 | 0.692 | | |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 32 | 61.5 | 34 | 75.6 | 20 | 66.7 | 30 | 68.2 | 15 | 55.6 | 3.710 | 0.447 | | |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 47 | 90.4 | 43 | 95.6 | 29 | 96.7 | 42 | 95.5 | 24 | 88.9 | 2.831 | 0.586 | | |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 26 | 50.0 | 29 | 64.4 | 11 | 36.7 | 19 | 43.2 | 14 | 51.9 | 6.744 | 0.150 | | |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 33 | 63.5 | 27 | 60.0 | 18 | 60.0 | 25 | 56.8 | 14 | 51.9 | 1.116 | 0.892 | | |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 41 | 78.8 | 39 | 86.7 | 25 | 83.3 | 39 | 88.6 | 20 | 74.1 | 3.550 | 0.470 | | |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 12 | 23.1 | 9 | 20.0 | 3 | 10.0 | 9 | 20.5 | 1 | 3.7 | 6.390 | 0.172 | | |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 13 | 25.0 | 17 | 37.8 | 4 | 13.3 | 12 | 27.3 | 2 | 7.4 | 10.836 | 0.028 | | |
| Analjezik ilaçların verilmesinde dikkat edilecek noktalar | 50 | 96.2 | 42 | 93.3 | 28 | 93.3 | 44 | 100.0 | 27 | 100.0 | 4.773 | 0.311 | | |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 46 | 88.5 | 44 | 97.8 | 28 | 93.3 | 43 | 97.7 | 24 | 88.9 | 5.712 | 0.222 | | |
| Plasebo kullanımı | 11 | 21.2 | 3 | 6.7 | 3 | 10.0 | 7 | 15.9 | 6 | 22.2 | 5.666 | 0.226 | | |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirmesi | 33 | 63.5 | 16 | 35.6 | 12 | 40.0 | 22 | 50.0 | 13 | 48.1 | 8.588 | 0.072 | | |
| Ağrı kontrol teorileri | - | - | 2 | 4.4 | - | - | 2 | 4.5 | 2 | 7.4 | 4.973 | 0.290 | | |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 29 | 55.8 | 36 | 80.0 | 18 | 60.0 | 29 | 65.9 | 18 | 66.7 | 6.799 | 0.147 | | |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 42 | 80.8 | 41 | 91.1 | 21 | 70.0 | 37 | 84.1 | 19 | 70.4 | 7.542 | 0.110 | | |

x:Sütun %

4.3.5. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı

Çizelge 18’de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%84.2), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%18.9), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%97.9), narkotik analjeziklerin komplikasyonları (%34.7), plasebo kullanımı (%17.9), ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi (%54.7) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%81.1) ilişkin soruları en çok kronik ağrı deneyimi olanların doğru cevap verdiği, ağrı tanılama formu içeriği (%79.6), ağrının tanımı (%54.4), ağrının semptom olduğu (%53.1), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%87.4), ağrı reseptörlerinin özellikleri(%68.0), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%95.1), ağrıya cevabı etkileyen faktörler(%53.4), ağrıyı artırıcı faktörler (%68.0), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%27.2), ağrı kontrol teorileri (%3.9) ve ağrı kontrol yöntemlerine (%67.0) ilişkin sorulara ise en fazla kronik ağrı deneyimi olmayanların doğru cevap verdiği görülmektedir.

Hemşirelerin kronik ağrı deneyimleri ile ağrı tanılama formunun içeriği ($p=0.024$), ağrının tanımı ($p=0.030$), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler ($p=0.035$) ve ağrıyı artırıcı faktörleri ($p=0.008$) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 18. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı (N:198).

| Kronik Ağrı Deneyimi Bilgi Soruları | Evet (n:95) | | Hayır (n:103) | | X ² | p-değ. |
|--|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 62 | 65.3 | 82 | 79.6 | 5.130 | 0.024 |
| Ağrının tanımı | 37 | 38.9 | 56 | 54.4 | 4.719 | 0.030 |
| Ağrının semptom olduğu | 39 | 41.1 | 55 | 53.4 | 3.020 | 0.082 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 72 | 75.8 | 90 | 87.4 | 4.462 | 0.035 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 61 | 64.2 | 70 | 68.0 | 0.311 | 0.577 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 87 | 91.6 | 98 | 95.1 | 1.025 | 0.311 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 44 | 46.3 | 55 | 53.4 | 0.992 | 0.319 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 47 | 49.5 | 70 | 68.0 | 6.987 | 0.008 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 80 | 84.2 | 84 | 81.6 | 0.245 | 0.623 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 18 | 18.9 | 16 | 15.5 | 0.405 | 0.525 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 20 | 21.1 | 28 | 27.2 | 1.012 | 0.314 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 93 | 97.9 | 98 | 95.1 | 1.095 | 0.295 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 90 | 94.7 | 95 | 92.2 | 0.505 | 0.477 |
| Plasebo kullanımı | 17 | 17.9 | 13 | 12.6 | 1.069 | 0.301 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 52 | 54.7 | 44 | 42.7 | 2.858 | 0.091 |
| Ağrı kontrol teorileri | 2 | 2.1 | 4 | 3.9 | 0.532 | 0.466 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 61 | 64.2 | 69 | 67.0 | 0.169 | 0.681 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 77 | 81.1 | 83 | 80.6 | 0.007 | 0.933 |

x:Sütun %

4.3.6. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Okulda Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Çizelge 19'de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların okulda ağrı eğitimi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede, ağrının tanımı (%54.0), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%82.0), ağrıyı artırıcı faktörler (%59.7), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%27.3), plasebo kullanımı (%15.8) ağrının yoğunluğunun

değerlendirilmesi (%49.6), ve ağrı kontrol teorilerine (%4.3) ilişkin sorunlara en fazla okulda ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdiği, ağrı tanılama formu içeriği (%72.9), ağrının semptom olduğu (%55.9), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%74.6), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%94.9), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%52.5), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%86.4), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%18.5), ağrı kontrol yöntemleri (%76.3) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (% 83.1) ilişkin sorulara ise en fazla okulda ağrı eğitimi almayanların doğru cevap verdiği görülmektedir.

Okulda ağrı eğitimi alma durumu ile ağrının tanımı ($p=0.002$) ve ağrı kontrol yöntemleri ($p=0.040$) konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 19. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Okulda Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (N:198).

| Okulda Ağrı Eğitimi Alma Durumu | Evet (n:139) | | Hayır (n:59) | | X ² | p-değ. |
|--|--------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 101 | 72.7 | 43 | 72.9 | 0.001 | 0.975 |
| Ağrının tanımı | 75 | 54.0 | 18 | 30.5 | 9.143 | 0.002 |
| Ağrının semptom olduğu | 61 | 43.9 | 33 | 55.9 | 2.411 | 0.121 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 114 | 82.0 | 48 | 81.4 | 0.012 | 0.913 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 87 | 62.6 | 44 | 74.6 | 2.658 | 0.103 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 129 | 92.8 | 56 | 94.9 | 0.300 | 0.584 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 68 | 48.9 | 31 | 52.5 | 0.217 | 0.641 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 83 | 59.7 | 34 | 57.6 | 0.074 | 0.785 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 113 | 81.3 | 51 | 86.4 | 0.771 | 0.380 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 23 | 16.5 | 11 | 18.5 | 0.128 | 0.720 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 38 | 27.3 | 10 | 16.9 | 2.434 | 0.119 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 135 | 97.1 | 56 | 94.9 | 0.592 | 0.442 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 128 | 92.1 | 57 | 96.6 | 1.382 | 0.240 |
| Plasebo kullanımı | 22 | 15.8 | 8 | 13.6 | 0.166 | 0.684 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 69 | 49.6 | 27 | 45.8 | 0.249 | 0.618 |
| Ağrı kontrol teorileri | 6 | 4.3 | - | - | 2.626 | 0.105 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 85 | 61.2 | 45 | 76.3 | 4.199 | 0.040 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 11 | 79.9 | 49 | 83.1 | 0.273 | 0.602 |

x:Sütun %

4.3.7. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Çizelge 20'da hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların okul dışı ağrı eğitim alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede ağrı tanılama formu içeriği (%78.3), ağrının tanımı (%65.2), ağrının semptom olduğu (%47.8), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%73.9), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%87.0), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.4), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%100.0), plasebo kullanımı (%30.4), ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesi(%60.9), ağrı kontrol teorileri (%8.7), ağrı kontrol yöntemleri (% 78.3) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%100.0) ilişkin sorulara en fazla okul dışı ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdiği, ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (% 82.9), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%93.7), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%50.3), ağrıyı artırıcı faktörler (% 60.0), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%25.1) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.7) ilişkin sorulara ise en fazla okul dışı ağrı eğitimi almayanların doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Hemşirelerin okul dışı ağrı eğitim almaları ile plasebo kullanımı ($p=0.030$) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini ($p=0.013$) bilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 20. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (N:198).

| Okul Dışı Ağrı Eğitimi Alma Durumu Bilgi Soruları | Evet (n:25) | | Hayır (n:175) | | X ² | p-değeri |
|--|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 18 | 78.3 | 126 | 72.0 | 0.402 | 0.526 |
| Ağrının tanımı | 15 | 65.2 | 78 | 44.6 | 3.479 | 0.062 |
| Ağrının semptom olduğu | 11 | 47.8 | 83 | 47.4 | 0.001 | 0.971 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 17 | 73.9 | 145 | 82.9 | 1.093 | 0.296 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 17 | 73.9 | 114 | 65.1 | 0.698 | 0.403 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 21 | 91.3 | 164 | 93.7 | 0.192 | 0.661 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 11 | 47.8 | 88 | 50.3 | 0.049 | 0.824 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 12 | 52.2 | 105 | 60.0 | 0.515 | 0.473 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 20 | 87.0 | 144 | 82.3 | 0.312 | 0.577 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 4 | 17.4 | 30 | 17.1 | 0.001 | 0.976 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 4 | 17.4 | 44 | 25.1 | 0.665 | 0.415 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 23 | 100.0 | 168 | 96.0 | 0.954 | 0.329 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 21 | 91.3 | 164 | 93.7 | 0.192 | 0.661 |
| Plesebo kullanımı | 7 | 30.4 | 23 | 13.1 | 4.728 | 0.030 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 14 | 60.9 | 82 | 46.9 | 1.598 | 0.206 |
| Ağrı kontrol teorileri | 2 | 8.7 | 4 | 2.3 | 2.842 | 0.092 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 18 | 78.3 | 112 | 64.0 | 1.833 | 0.176 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 23 | 100.0 | 137 | 78.3 | 6.180 | 0.013 |

x:Sütun %

4.3.8. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağrıya İlişkin Yayın Takip Etme Durumlarına göre Dağılımı

Çizelge 21'de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ağrıya ilişkin yayın takip etme durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede, ağrının tanımı (%65.2), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%87.0), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%95.7), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%69.6), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.4), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%30.4), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%100.0), plasebo kullanımı (%39.1), ağrı yoğunluğunun

değerlendirilmesi (%60.9) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%95.7) ilişkin soruları en fazla ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin doğru cevapladığı, ağrı tanılama formu içeriği (%73.1), ağrının semptom olduğu (% 49.7), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%82.3), ağrıyı artırıcı faktörler (%61.1), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), narkotik analjeziklerin komplikasyonları (%93.7), ağrı kontrol teorileri (%3.4) ve ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin soruları ise ağrıya ilişkin yayın takip etmeyenlerin en fazla doğru cevapladığı görülmektedir.

Ağrıya ilişkin yayın takip etme ile ağrı reseptörlerinin özellikleri (p=0.025), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (p=0.046) ve plasebo kullanımını (p=0.001) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 21. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağrıya İlişkin Yayın Takip Etme Durumlarına göre Dağılımı (N:198).

| Yayın Takip Etme Durumu Bilgi Soruları | Evet (n:23) | | Hayır (n:175) | | X ² | p- değeri |
|--|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Ağrı tanılama formu içeriği | 16 | 69.6 | 128 | 73.1 | 0.131 | 0.717 |
| Ağrının tanımı | 15 | 65.2 | 78 | 44.6 | 3.479 | 0.062 |
| Ağrının semptom olduğu | 7 | 30.4 | 87 | 49.7 | 3.030 | 0.082 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 18 | 78.3 | 144 | 82.3 | 2.221 | 0.638 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 20 | 87.0 | 111 | 63.4 | 5.026 | 0.025 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 22 | 95.7 | 163 | 93.1 | 0.209 | 0.648 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 16 | 69.6 | 83 | 47.4 | 3.985 | 0.046 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 10 | 43.5 | 107 | 61.1 | 2.624 | 0.105 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 19 | 82.6 | 145 | 82.9 | 0.001 | 0.976 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 4 | 17.4 | 30 | 17.1 | 0.001 | 0.976 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 7 | 30.4 | 41 | 23.4 | 0.543 | 0.461 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 23 | 100.0 | 168 | 96.0 | 0.954 | 0.329 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 21 | 91.3 | 164 | 93.7 | 0.192 | 0.661 |
| Plasebo kullanımı | 9 | 39.1 | 21 | 12.0 | 11.639 | 0.001 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirilmesi | 14 | 60.9 | 82 | 46.9 | 1.598 | 0.206 |
| Ağrı kontrol teorileri | - | - | 6 | 3.4 | 0.813 | 0.367 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 15 | 65.2 | 115 | 65.7 | 0.002 | 0.962 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 22 | 95.7 | 138 | 78.9 | 3.697 | 0.054 |

x:Sütun%

4.3.9. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağırlı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı

Çizelge 22’de hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %84.5 ile,

Ağrının tanımını doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %52.4 ile,

Ağrının bir semptom olduğunu doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %52.7 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %85.7 ile,

Ağrı reseptörlerinin özelliklerini doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %69.1 ile,

Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam ve sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %100.0 ile,

Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %63.6 ile,

Ağrıyı artırıcı faktörleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %81.8 ile,

Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin ağırlı hastayla karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %90.9 ile,

Ağırlı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, bazen karşılaşırım diyenlerin %20.8 ile,

Ağırlı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %34.5 ile,

Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %98.2 ile,

Plasebo kullanımını doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %20.0 ile,

Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %54.5 ile,

Ağrı kontrol teorilerini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla ve hemen hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %3.6 ile,

Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %72.7 ile,

Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, bazen karşılaşırım diyenlerin %87.5 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları görülmektedir.

Hemşirelerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklığı ile ağrı tanılama formu içeriğini ($p=0.008$) ve ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri ($p=0.005$) doğru bilme konularında anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 22. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Ağrılı Hasta ile Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı (N:198)

| Karşılaşma Sıklığı Bilgi Soruları | Hemen hemen hiç (n:11) | | Bazen (n:48) | | Sıklıkla (n:84) | | Hemen her zaman (n:55) | | X ² | p-değ. |
|--|------------------------------|-------|--------------|------|-----------------|-------|------------------------|------|----------------|--------|
| | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | Sayı | % x | | |
| | Ağrı tanımlama formu içeriği | 7 | 63.6 | 28 | 58.3 | 71 | 84.5 | 38 | | |
| Ağrının tanımı | 5 | 45.5 | 16 | 33.3 | 44 | 52.4 | 28 | 50.9 | 4.924 | 0.177 |
| Ağrının semptom olduğu | 4 | 36.4 | 24 | 50.0 | 37 | 44.0 | 29 | 52.7 | 1.672 | 0.643 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler | 8 | 72.7 | 37 | 77.1 | 72 | 85.7 | 45 | 81.8 | 2.192 | 0.595 |
| Ağrı reseptörlerinin özellikleri | 6 | 54.5 | 29 | 60.4 | 58 | 69.0 | 38 | 69.1 | 1.894 | 0.595 |
| Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler | 11 | 100.0 | 42 | 87.5 | 84 | 100.0 | 48 | 87.3 | 12.835 | 0.005 |
| Ağrıya cevabı etkileyen faktörler | 7 | 63.6 | 18 | 37.5 | 46 | 54.8 | 28 | 50.9 | 4.598 | 0.204 |
| Ağrıyı artırıcı faktörler | 9 | 81.8 | 23 | 47.9 | 56 | 66.7 | 29 | 52.7 | 7.745 | 0.052 |
| Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar | 13 | 90.9 | 40 | 83.3 | 69 | 82.1 | 45 | 81.8 | 0.581 | 0.901 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler | 1 | 9.1 | 10 | 20.8 | 9 | 10.7 | 14 | 25.5 | 6.073 | 0.108 |
| Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler | 2 | 18.2 | 9 | 18.8 | 18 | 21.4 | 19 | 34.5 | 4.550 | 0.208 |
| Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar | 10 | 90.9 | 47 | 97.9 | 80 | 95.2 | 50 | 90.9 | 2.035 | 0.565 |
| Narkotik analjeziklerin komplikasyonları | 11 | 100.0 | 44 | 91.7 | 80 | 95.2 | 50 | 90.9 | 2.035 | 0.565 |
| Plasebo kullanımı | 1 | 9.1 | 8 | 16.7 | 10 | 11.9 | 11 | 20.0 | 2.094 | 0.553 |
| Ağrının yoğunluğunu değerlendirmesi | 6 | 54.5 | 25 | 52.1 | 39 | 46.4 | 26 | 47.3 | 0.585 | 0.900 |
| Ağrı kontrol teorileri | - | - | 1 | 2.1 | 3 | 3.6 | 2 | 3.6 | 0.643 | 0.887 |
| Ağrı kontrol yöntemleri | 8 | 72.7 | 29 | 60.4 | 56 | 66.7 | 37 | 67.3 | 0.930 | 0.818 |
| Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimleri | 8 | 72.7 | 42 | 87.5 | 63 | 75.0 | 47 | 85.5 | 4.442 | 0.218 |

x: Sütun %

4.3.10. Hemşirelerin İlaç Dışı Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumlarının Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Çizelge 23’de hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının, bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Çizelgede, %55.6 ile 21 ve ↑ olanlar ile 6-10 yıllık olanların, %53.3 ile yoğun bakımlarda çalışanların, %54.5 ile lisans ve yüksek lisans mezunu olanların, %51.1 ile kronik ağrı deneyimi olanların, %51.1 ile okulda ağrı eğitimi alanların, %69.6 ile okul dışı ağrı eğitimi alanların, %69.6 ile ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini en çok bilen gruplar oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin, ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilmeleri ile okulda ağrı eğitimi almaları ($p=0.046$), okul dışı ağrı eğitimi almaları ($p=0.018$) ve ağrıya ilişkin yayın takip etmeleri ($p=0.018$) konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelge 23. Hemşirelerin İlaç Dışı Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumlarının Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N:198).

| İlaç Dışı Ağrı Kontrol Yöntemleri Tanıtıcı Özellikleri | Sayı | % ^{xx} | X ² | p-değeri |
|--|------|-----------------|----------------|----------|
| Mesleki Deneyim Yılı | | | | |
| 5 yıl ve ↓(n:40) | 17 | 42.5 | 1.986 | 0.738 |
| 6-10 yıl (n:36) | 20 | 55.6 | | |
| 11-15 yıl (n:64) | 28 | 43.8 | | |
| 16-20 yıl (n:49) | 22 | 44.9 | | |
| 21 ve ↑ (n:9) | 5 | 55.6 | | |
| Klinikler | | | | |
| Dahili Klinikler (n:52) | 26 | 50.0 | 2.786 | 0.594 |
| Cerrahi Klinikler (n:45) | 22 | 48.9 | | |
| Yoğun Bakımlar (n:30) | 16 | 53.3 | | |
| Poliklinikler (n:44) | 16 | 36.4 | | |
| Ameliyathane (n:27) | 12 | 44.4 | | |
| Eğitim Durumları | | | | |
| SML/AÖF/Ön Lisans (n:187) | 86 | 46.0 | 0.306 | 0.580 |
| Lisans/ Yüksek lisans (n:11) | 6 | 54.5 | | |
| Kronik Ağrı Deneyimi | | | | |
| Var (n:95) | 42 | 44.2 | 0.373 | 0.541 |
| Yok (n:103) | 50 | 48.5 | | |
| Okulda Ağrı Eğitimi | | | | |
| Alan (n:139) | 71 | 51.1 | 3.993 | 0.046 |
| Almayan (n:59) | 21 | 35.6 | | |
| Okul Dışı Ağrı Eğitimi | | | | |
| Alan (n:23) | 16 | 69.6 | 5.583 | 0.018 |
| Almayan (n:175) | 76 | 43.4 | | |
| Yayın Takip Etme Durumu | | | | |
| Takip Eden (:23) | 16 | 69.6 | 5.583 | 0.018 |
| Takip Etmeyen (n:175) | 76 | 43.4 | | |

xx:Satır %

4.3.11. Hemşirelerin Bazı Ağrı Durumlarının Akut veya Kronik Olduğunu Bilme Durumlarının Yüzde Dağılımı

Çizelge 24’de hemşirelerin, postoperatif ağrı, kanser ağrısı ve diş ağrısının akut ya da kronik olduğunu bilme durumların yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin %86.4’ü migrenin kronik bir ağrı olduğunu, %94.9’u postoperatif ağrının akut bir ağrı olduğunu, %91.9’u kanser ağrısının kronik bir ağrı olduğunu ve %95.5’inin ise diş ağrısının akut bir ağrı olduğunu bildiği görülmektedir.

Çizelge 24. Hemşirelerin Bazı Ağrı Durumlarının Akut veya Kronik Olduğunu Bilme Durumlarının Yüzde Dağılımı (N:198).

| Ağrı Durumları | Biliyor | | Bilmiyor | | Toplam | |
|--------------------|---------|------|----------|------|--------|-----|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| -Migren | 171 | 86.4 | 27 | 13.6 | 198 | 100 |
| -Postoperatif Ağrı | 188 | 94.9 | 10 | 5.1 | 198 | 100 |
| -Kanser Ağrısı | 182 | 91.9 | 16 | 8.1 | 198 | 100 |
| -Diş Ağrısı | 189 | 95.5 | 9 | 4.5 | 198 | 100 |

4.3.12. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişi Önerbilme Durumlarının Yüzde Dağılımı

Çizelge 25’de hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişi önerbilme durumlarının yüzde dağılımı verilmiştir.

Konstipasyon için hemşirelerin en fazla %20.2’si ilaç tedavisi, en az ise %0.5’i diyet ve tuvalet eğitimi,

İnkontinans için hemşirelerin en fazla %16.2’si kalıcı sonda uygulaması ve en az %0.5’i ise nedeninin araştırılmasını,

Gürültü için hemşirelerin en fazla %92.4’ü gürültünün en aza indirilmesini, en az ise %0.5’i dikkati başka yöne çekme yöntemini önermiştir.

Çizelge 25. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerebilme Durumlarının Yüzde Dağılımı (N:198)

| Hemşirelik Girişimleri * | Öneren Hemşire Sayısı | % |
|-------------------------------|-----------------------|------|
| Konstipasyon | | |
| Diyet | 37 | 18.7 |
| İlaç | 40 | 20.2 |
| Egzersiz | 6 | 3.0 |
| Diyet ve İlaç Tedavisi | 37 | 18.7 |
| Diyet ve Egzersiz | 18 | 9.1 |
| İlaç Tedavisi ve Egzersiz | 3 | 1.5 |
| İlaç, Diyet ve Egzersiz | 9 | 4.5 |
| Diyet ve Tuvalet Eğitimi | 1 | 0.5 |
| İnkontinans | | |
| Bireysel Hijyen | 28 | 14.1 |
| Kalıcı Sonda | 32 | 16.2 |
| Sonda ve Mesane Jimnastiği | 6 | 3.0 |
| Sonda ve Bireysel Hijyen | 8 | 4.0 |
| Psikolojik Destek | 8 | 4.0 |
| Mesane Jimnastiği | 22 | 11.1 |
| Yatarken Sıvı Alımını Azaltma | 1 | 0.5 |
| Sıcak Uygulama | 14 | 7.1 |
| Nedenin Araştırılması | 1 | 0.5 |
| Gürültü | | |
| En Aza İndirilir | 183 | 92.4 |
| İzolasyon ve Kulak Tıkacı | 6 | 3.0 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | 1 | 0.5 |

*Bir veya birden fazla öneride bulunulmuştur. Konstipasyon için % 23.7, inkontinans için % 38.9 ve gürültü için % 4.0 kişi herhangi bir hemşirelik girişimi önerilmemiştir.

4.3.13. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerebilme Durumlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Çizelge 26'da hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilme durumlarının eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %77.0'ının lisans /yüksek lisans mezunlarının ise %63.6'sının,

İnkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %60.4'ünün, lisans/yüksek lisans mezunlarının ise %63.6'sının

Gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %95.7'sinin, lisans/yüksek lisans mezunlarının ise 100.0 ile hepsinin doğru girişim önerildiği görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 26. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerebilme Durumlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (N:198).

| Eğitim Durumu | SML/AÖF/Ön lisans (n:187) | | Lisans/Yüksek lisans (n:11) | | X ² | p-değ. |
|---------------------------------|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Hemşirelik Girişimleri * | | | | | | |
| Konstipasyon | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerebilen | 144 | 77.0 | 7 | 63.6 | 1.026 | 0.311 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 43 | 23.0 | 4 | 36.4 | | |
| İnkontinans | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerebilen | 113 | 60.4 | 7 | 63.6 | 0.45 | 0.832 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 74 | 39.6 | 4 | 36.4 | | |
| Gürültü | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerebilen | 179 | 95.7 | 11 | 100.0 | 0.490 | 0.484 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 8 | 4.3 | - | - | | |

x:Sütun %

*Birden fazla girişim önerilmiştir.

4.3.14. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerebilme Durumlarının Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı

Çizelge 27'da hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilme durumlarının kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımı verilmiştir.

Konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %76.8'inin, kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %75.7'sinin

İnkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %52.6'sının , kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %68.0'ının

Gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %95.8'inin, kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %96.1'inin doğru hemşirelik girişimi önerebildiği görülmektedir.

Hemşirelerin kronik ağrı deneyimleri ile inkontinansa bağlı ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri konusunda ($p=0.027$) anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 27. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Öneribilme Durumlarının Kronik Ağrı Deneyimlerine Göre Dağılımı (N:198).

| Kronik Ağrı Deneyimi Hemşirelik Girişimleri * | Evet (n:95) | | Hayır (n:103) | | X ² | p-değ. |
|--|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|--------|
| | Sayı | % ^x | Sayı | % ^x | | |
| Konstipasyon | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerabilen | 73 | 76.8 | 78 | 75.7 | 0.034 | 0.854 |
| -Doğru Girişim Önermeyen | 22 | 23.2 | 25 | 24.3 | | |
| İnkontinans | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerabilen | 50 | 52.6 | 70 | 68.0 | 4.864 | 0.027 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 45 | 47.4 | 33 | 32.0 | | |
| Gürültü | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerabilen | 91 | 95.8 | 99 | 96.1 | 0.014 | 0.907 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 4 | 4.2 | 4 | 3.9 | | |

x:Sütun %

*Birden fazla girişim önerilmiştir.

4.3.15. Hemşirelerin Ağrıyı Arttırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Öneribilme Durumlarının Ağırlı Hasta İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı

Çizelge 28’de hemşirelerin ağrıyı arttırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi öneribilme durumlarının ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için ağırlı hasta ile hemen her zaman karşılaşım diyenlerin %83.6 ile ,

İnkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için ağırlı hasta ile hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %72.7 ile,

Gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için ağırlı hasta ile sıklıkla karşılaşım diyenlerin %97.6 ile en fazla doğru girişim önerabilen gruplar olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıkları ile konstipasyon, inkontinans ve gürültüye bağlı ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi öneribilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır (p>0.05).

Çizelge 28. Hemşirelerin Ağrıyı Artırıcı Bazı Durumlarda Ağrıyı Azaltıcı Doğru Hemşirelik Girişimi Önerilme Durumlarının Ağırlı Hasta ile Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı (N:198)

| Karşılaşma Sıklığı | Hemen hemen hiç (n:11) | | Bazen (n:48) | | Sıklıkla (n:84) | | Hemen her zaman (n:55) | | X ² | p-değ. |
|-------------------------------|---------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|---------------------------|------|----------------|--------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Hemşirelik Girişimleri | | | | | | | | | | |
| Kontipasyon | | | | | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerilebilen | 9 | 81.8 | 35 | 72.9 | 61 | 72.6 | 46 | 83.6 | 2.751 | 0.431 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 2 | 18.2 | 13 | 27.1 | 23 | 27.4 | 9 | 16.4 | | |
| İnkontinans | | | | | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerilebilen | 8 | 72.7 | 27 | 56.2 | 57 | 67.9 | 28 | 50.9 | 5.074 | 0.166 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 3 | 27.3 | 21 | 43.8 | 27 | 32.1 | 27 | 49.1 | | |
| Gürültü | | | | | | | | | | |
| -Doğru Girişim Önerilebilen | 10 | 90.9 | 46 | 95.8 | 82 | 97.6 | 52 | 94.5 | 1.606 | 0.658 |
| -Doğru Girişim Öneremeyen | 1 | 9.1 | 2 | 4.2 | 2 | 2.4 | 3 | 5.5 | | |

x:Sütun %

4.3.16. Hemşirelerin Örnek Ağırlı Bir Hastaya Yönelik Saptadıkları Hemşirelik Girişimlerinin Yüzde Dağılımı

Çizelge 29'de hemşirelerin örnek ağırlı (S-25) bir hastaya yönelik saptadıkları hemşirelik girişimlerinin yüzde dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin, en fazla %78.8'inin farmakolojik yöntemleri, %73.1'inin uygun pozisyon ve dinlenme, en az ise %0.6'sının egzersiz ve %1.0'ünün müzik dinletme şeklinde girişimler önerdikleri görülmektedir.

Çizelge 29. Hemşirelerin Örnek Ağırlı Bir Hastaya Yönelik Önerdikleri Üçer Hemşirelik Girişimlerinin Yüzde Dağılımı (N:198).

| Hemşirelik Girişimleri* | Sayı | % |
|---|------|------|
| Uygun ortam ve hijyenik koşulların sağlanması | 49 | 30.6 |
| Psikolojik destek ve düşünme | 53 | 33.1 |
| Uygun pozisyon ve dinlenme | 117 | 73.1 |
| Farmakolojik yöntemler | 126 | 78.8 |
| Masaj ve havalı yatak | 40 | 25.0 |
| Sıcak ve soğuk uygulamalar | 20 | 12.5 |
| Dikkati başka yöne çekme | 8 | 5.0 |
| Gevşeme teknikleri | 8 | 5.0 |
| Egzersiz | 1 | 0.6 |
| Diyet | 5 | 3.1 |
| Müzik dinletme | 2 | 1.0 |
| Ağrıyı artırıcı faktörlerin azaltılması | 21 | 13.1 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **38 kişi herhangi bir girişim önermemiştir.

5 TARTISMA

15



5.TARTIŞMA

5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgilerin Tartışması

Hemşirelerin, ortalama 30.9, en küçük 20, en büyük 55 yaşında olduğu, mesleki deneyim yılı ortalaması 12.0, en az 1, en çok ise 34 yıllık oldukları görülmektedir (Çizelge 1).

Hemşirelerin, %33.3'ünün 30-34 yaş grubunda olduğu, %50.0'nin ön lisans mezunu olduğu, %32.3'ünün 11-15 yıllık olduğu, %53.0'nin gündüz çalıştığı, %26.3'ünün dahili kliniklerde çalıştığı, %13.6'sının ameliyathane ve anestezi bölümünde çalıştığı, %84.8'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %52.0'nin kronik ağrı deneyimi olmadığı, %42,4'ünün ise ağrılı hasta ile sıklıkla karşılaştığı görülmektedir (Çizelge 2).

Örnekleme grubumuzu oluşturan hemşirelerin kronik ağrı deneyimleri değerlendirildiğinde hemşirelerin %48.0 kronik ağrı deneyimi olduğu, %52.0'nin ise kronik ağrı deneyimi olmadığı görülmektedir (Çizelge 2). Hemşirelerin yarısına yakınının kronik ağrı deneyimi olmasının nedenleri; hemşirelerin sağlık sorunu olan kişilerle çalışması, çalışma sisteminin ağırlığı ve yoğunluğu, stresörlerin fazlalığı olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin okulda ağrı eğitimi alma durumları değerlendirildiğinde, bizim çalışmamızda %70.7'sinin (Çizelge 3), benzer bir şekilde Özer ve Bölükbaşı'nın⁴ çalışmasında da %94.33'nün okulda ağrı eğitimi aldıkları saptanmıştır. Karadeniz ve Atalay'in³ yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %57.1'inin okulda ağrı eğitimi aldığı görülmüştür. Okulda ağrı eğitimi alma oranının son yıllarda artış göstermesi, hemşirelik ve ağrı biliminin gelişmesine, ağrı kavramın ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarının ve ekip çalışmasının hasta bakımındaki öneminin anlaşılmasına bağlanabilir.

Araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin okulda ağrı eğitimi alma şekline bakıldığında, çoğunluğunun (%78.6) ağrı kavramını diğer konuların içinde aldıkları görülmüştür (Çizelge 3). Karadeniz ve Atalay'in³ yaptığı çalışmada ağrıya ilişkin eğitim alanların (%60.1) %40.7'sinin Özer ve Bölükbaşı'nın⁴ yaptığı çalışmada ise %57.69'unun ağrı kavramını diğer konuların içinde aldıkları görülmektedir. Ağrıya ilişkin eğitim alma oranının artmasına rağmen ağrı eğitiminin hala diğer konuların içinde verilme oranının yüksek olması, ağrı biliminin henüz gelişmekte olmasına,

hemşirelik mesleği için önemini yeni yeni anlaşılmasına ve müfredatların okullarda farklı olmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin okul dışı ağrı eğitimi alma durumuna bakıldığında, hemşirelerin %11.6'sının okul dışı ağrı eğitimi aldığı, %88.4'ünün ise almadığı görülmüştür (Çizelge 3). Karadeniz ve Atalay'ın³ çalışmasında hemşirelerin %70'inin ağrı konusunu merak ettikleri görülmüştür. Çalışma grubumuzu oluşturan hemşirelerin okul dışı eğitim alma oranının düşük olması, ağrı biliminin yeni gelişmekte olmasına, okullarda ağrı eğitimi bilincinin yeterince verilmemesine, ağrı eğitiminin sürekliliğinin hemşirelik eğitimindeki önemini tam anlamamasına, ağrıya ilişkin eğitim programlarının düzenli aralıklarla ve yaygın olmamasına ve ekonomik koşullara bağlanabilir. Ağrıya ilişkin literatürlerde bu bilgileri desteklemektedir⁷.

Hemşirelerin okul dışı ağrı eğitimi alma şekline bakıldığında ağrıya ilişkin okul dışı ağrı eğitimini en fazla hizmet içi eğitim (%69.6) şeklinde aldıkları görülmektedir. Bu durum hemşirelik mesleği ve hasta bakımı açısından ağrı eğitiminin ve eğitimde sürekliliğin önemini anlaşıyor olmasına bağlanabilir. Üstkan'ın⁶ çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin tamamının (%100) çalışmaya dahil edilen grubun tamamının hizmet içi eğitim programlarına katıldıkları görülmektedir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin yayın takip etme durumlarına bakıldığında %88.4'ünün ağrıya ilişkin bir yayın takip etmediği görülmektedir (Çizelge 3). Karadeniz ve Atalay'ın³ çalışmasında bizim çalışmamıza benzer bir şekilde hemşirelerin ağrıya ilişkin yayın takip etmeme oranı %81.4 iken Fıstıkçioğlu'nun⁵ çalışmasında %48.75'dir. Fıstıkçioğlu'nun⁵ çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin İstanbul'da yaşıyor olmaları nedeniyle hem bireysel hem de kurumsal anlamda ağrıya ilişkin yayınlara ulaşma şanslarının daha fazla olmasına bağlanabilir.

Ağrıya ilişkin takip edilen yayın çeşidinin dağılımına bakıldığında, oranlar birbirine yakın olmakla birlikte hemşirelerin en fazla radyo televizyon aracılığı (%73.9) ile ağrıya ilişkin yayın takip ettikleri görülmektedir (Çizelge 3). Fıstıkçioğlu'nun⁵ çalışmasında hemşirelerin en fazla ağrıya ilişkin yayınları kitle iletişim araçlarından (%46.34) takip ettikleri görülmektedir. Bu durum okuma alışkanlığının olmamasına ve ekonomik yetersizliğe bağlanabilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin yayın takip edememe nedenlerine bakıldığında oranlar birbirine yakın olmakla birlikte sırasıyla zamanın olmaması (%29.7), konuya ilgisizlik

(%26.3), kendilerini yeterli görme (%25.7), kaynak olmaması (%22.3) ve Türkçe yayın olmaması (%1.7) şeklinde ifade edilmektedir (Çizelge 3). Fıstıkçıoğlu'nun⁵ çalışmasında ağrıya ilişkin yayın takip edememe nedenleri en fazla yeterli zaman olmamasına (%51.28) bağlanmakla birlikte diğer nedenler bizim çalışmamızdaki nedenlerle benzerdir.

5.2. Ağrı Kontrolüne İlişkin Mevcut Durumun Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları İle İlgili Bulguların Tartışması

Hemşirelerin çalıştıkları klinikte uyguladıkları ve nasıl uygulanacağını bildiklerini ifade ettikleri ağrı kontrol yöntemlerinin dağılımına bakıldığında, hemşirelerin klinikte en fazla %88.9 ile farmakolojik yöntemleri ve %52.5 ile dikkati başka yöne çekme yöntemini, en az ise %6.6 ile TENS ve %16.2 ile müzik dinletme yöntemlerini uyguladılar, en fazla %54.0 ile farmakolojik yöntemleri ve %31.3 ile masajı, en az ise %1.0 ile diyet, %7.1 ile TENS'i bildiklerini ifade ettikleri, %34.3'ünün ise ağrı kontrol yöntemlerini bilmedikleri görülmektedir (Çizelge 4).

Literatür taramasında hastaların ve hemşirelerin en çok farmakolojik yöntemleri bildikleri, oysa ağrı kontrolünde çok etkili olan nonfarmakolojik yöntemleri öğrenip uygulayabilecekleri vurgulanmaktadır⁷. Literatür bilgileri bulgularımızı desteklemektedir. Ağrıya ilişkin son çalışmalarda özellikle nonfarmakolojik yöntemler üzerinde durulmaktadır. Karadeniz ve Atalay'ın³ çalışmalarında psikolojik destek (%62.1) birinci sırada, doktora haber vererek ilaç verme ise (%60.7) ikinci sırada yer almaktadır.

Hemşirelerin uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin çalıştıkları kliniklere göre dağılımına bakıldığında, farmakolojik yöntemlerin en fazla %97.8 ile cerrahi kliniklerde, %96.7 ile yoğun bakımlarda ve %94.2 ile dahili kliniklerde, daha az oranda ise %75.0 ile polikliniklerde ve %77.8 ile ameliyathanede çalışanların, düşünme ve pozitif düşünme yönteminin, sırasıyla %42.2 ile cerrahi kliniklerde, %23.1 ile dahili kliniklerde, %16.7 ile yoğun bakımlarda, %13.6 ile polikliniklerde ve %3.7 ile ameliyathanede çalışanların, dikkati başka yöne çekme yönteminin, sırasıyla %63.5 ile dahili kliniklerde, %62.2 ile cerrahi kliniklerde, %56.7 ile yoğun bakımlarda, %43.2 ile polikliniklerde ve %25.9 ile ameliyathanede çalışanların kullandıkları görülmektedir (Çizelge 5).

Klinikler arasında hemşirelerin ağrı kontrolü için kullandıkları farmakolojik yöntemler ($p=0.001$), düşleme/pozitif düşleme ($p=0.001$) ve dikkati başka yöne çekme ($p=0.009$) yöntemleri konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Çizelgede hemşireler tarafından kullanılan farmakolojik yöntemlerin kliniklerdeki kullanım oranlarının birbirine yakın olmakla birlikte en çok cerrahi kliniklerde kullanılmasının nedeni bu klinikte yatan hastaların akut ağrıya sahip olmasından ve hekimlerin farmakolojik yöntemleri uygulama eğiliminden kaynaklanabilir. Postoperatif ağrıda farmakolojik yöntem kullanımı literatürle uyumludur^{1,2,11,18}.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikte uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin yaşadıkları kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımına bakıldığında, kronik ağrı deneyimi olanların %88.4'ünün farmakolojik yöntemleri, %47.4'ünün dikkati başka yöne çekme ve %42.1'inin sıcak- soğuk uygulamayı kliniklerinde uyguladıkları, en az kullanılan yöntemin ise vibrasyon ve mentol uygulama (%5.3) olduğu görülmektedir (Çizelge 6).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları ağrı kontrol yöntemleri ile kronik ağrı deneyimleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin kendi kullandıkları ağrı kontrol yöntemlerini hastalar içinde kullanma eğilimi ve farmakolojik yöntemlerin uygulamasının bağımlı bir hemşirelik fonksiyonu olması nedeni ile hekimlerin en çok bu yöntemi kullanma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Hemşirelerin, çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları ağrı kontrol yöntemlerinin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımlarına bakıldığında, hemşireler tarafından en fazla uygulanan farmakolojik yöntemleri en fazla %94.5 ağrılı hasta ile hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin, %92.9 ile sıklıkla karşılaşırım diyenlerin, daha az oranda ise %79.2 ile bazen karşılaşırım diyenlerin, %72.7 ile hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin uyguladıkları, mentol uygulama yöntemini, en fazla %12.5 ile ağrılı hastayla bazen karşılaşırım diyenlerin, en az ise %3.6 ile sıklıkla karşılaşırım diyenlerin uyguladıkları, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerle, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin ise bu yöntemi hiç uygulamadıkları görülmektedir (Çizelge 7).

Hemşirelerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklıkları ile çalıştıkları kliniklerde uyguladıkları farmakolojik yöntemler ($p=0.014$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Bu sonuçlar hekim tarafından istem edilerek uygulanan farmakolojik yöntemlerin ağrılı hasta ile karşılaşma oranının arttığı durumlarda, daha az zaman alması, etkili analjeziklerin kullanılması, uygulama kolaylığı gibi nedenlere, mentol uygulamasının az kullanılması ise bu yöntemin çok iyi bilinmemesine bağlanabilir. Literatür^{2,5,6,7} bilgilerine göre hemşirelerin daha çok farmakolojik yöntemleri bildiği ve uyguladığı, nonfarmakolojik yöntemlerin ise kullanımının son yıllarda ağrı biliminin gelişmesine paralel olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin, “Ağrı kontrol yöntemi uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediği nasıl kontrol edersiniz” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin en fazla hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarak (%81.3), en az ise ağrı tanılama formu kullanarak (%4.0), hastaların ağrısının geçip geçmediğini değerlendirdikleri, %7.1’nin ağrı değerlendirmesi yapmadığı, %8.6’sının ise doktordan ağrı değerlendirmesi istediği görülmektedir (Çizelge 8).

Özer ve Bölükbaşı’nın⁴ çalışmasında ise hemşirelerin %47.62’si sözel ve davranışsal ifadelerle göre ağrı değerlendirmesi yaptıkları, %42.86’sının ise herhangi bir yorum yapmadığı görülmektedir. Yine Özer ve Bölükbaşı’nın⁴ çalışmasında Olgun ve Aslan tarafından yapılan “Hemşire ve Hekimlerin Ağrıya Yaklaşımları” konulu araştırmalarında hemşirelerin %37.40’nun hastanın sözel ifadesi, %48.40’nun davranışsal ifadesini değerlendirdikleri, Puntillo ve Weis’in hemşirelerin genellikle hastanın davranışsal tepkilerine göre ağrı değerlendirmesi yaptıkları şeklindeki araştırma sonuçları verilmiştir. McCaffery’nin, “ağrı hastanın söylediği şeydir, söylüyorsa vardır” tanımı ile araştırmamızın bulguları uyumludur^{1,7}. Ağrı tanılmasında ağrı tanılama formunun en az kullanılması, ağrı biliminin gelişmekte olmasına ve ağrı tanılmasına ilişkin standart formların rutin olarak kullanılmamasına bağlanabilir.

Hemşirelerin, “ağrı kontrol yöntemlerini uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediğini nasıl kontrol edersiniz?” sorusuna verdikleri cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımlarına bakıldığında, hastanın ağrısının geçip geçmediğini sözel olarak kontrol ederim cevabını en fazla %92.3 ile dahili kliniklerde, %80.0 ile yoğun bakımlarda, %79.5 ile polikliniklerde ve daha az oranda %55.6 ile ameliyathane ve anestezi ve %8.7 ile cerrahi kliniklerde çalışanların verdikleri görülmektedir (Çizelge 9).

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrı kontrol yöntemlerini uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediğini sözel olarak değerlendirmesi ($p=0.002$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Bu durum dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı ile ilgili okulda ve okul dışında eğitim alma, yayın takip etme durumlarına, bireysel çabalarına ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile olan bilgi alışverişine bağlı olabilir.

Hemşirelerin “Hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların yüzde dağılımı değerlendirildiğinde, hemşirelerin en fazla %85.4’ünün sözlü ifadeleri değerlendirerek, %37.4’ünün bazı özel uygulamalardan sonra ağrı bekleyerek, en az ise %4.0’ının bireysel ağrı göstergelerine bakarak hastanın ağrısı olduğunu anladıkları görülmektedir. Hemşirelerin %2.5’inin hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmediklerini ifade ettikleri görülmüştür (Çizelge 10).

Özer ve Bölükbaşı’nın⁴ çalışmasında, Olgun ve Aslan’ın ve Puntillo ve Weis’in çalışmalarında hemşirelerin genellikle hastanın davranışsal tepkilerine göre ağrı değerlendirmesi yaptıkları belirtilmiştir. Özer ve Bölükbaşı’nın⁴ çalışmasının sonuçları da bu bilgilerle benzerlik göstermektedir. Literatür^{1,2,7} bilgileri ağrının bireysel ve subjektif olması nedeniyle en iyi hasta tarafından ifade edilebileceği, çünkü en iyi yaşayanın bileceği doğrudur. Diğer tanılama yöntemlerinin yeterince kullanılmaması ağrı kavramı ve ağrılı hastanın bakımına ilişkin yeterli bilgiye sahip olunmamasından veya bu formların geliştirilip standart hale getirilip günlük olarak kullanılmamasından ya da ağrı tanılmasında hemşirenin rolünün tam olarak anlaşılmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların mesleki deneyim yıllarına göre dağılımına bakıldığında sözlü ifadelerle bakarak ağrı yoğunluğunu değerlendirim cevabını verenlerin en fazla %100.0 ile 21 yıllık ve üzeri olanların, en az ise %21.9 ile 5 yıl ve daha az çalışanların olduğu görülmektedir (Çizelge 11).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile sözlü ifadeleri bakarak ağrı yoğunluğunu değerlendirme şekli ($p=0.019$) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu sonuç ağrı değerlendirmesinde tecrübenin önemini düşündürülebilir.

Hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların kliniklere göre dağılımı değerlendirildiğinde, ağrı dindirme ve memnuniyet

skalaları sonuçlarına bakarak hastanın ağrısını en fazla %22.2 ile cerrahi kliniklerde çalışanların, daha az oranda ise %14.8 ile ameliyathane ve anesteziye çalışanların, %13.5 ile dahili kliniklerde çalışanların, %6.8 ile polikliniklerde çalışanların değerlendirdikleri, yoğun bakımlarda çalışanların ise hiç değerlendirme yapmadıkları görülmektedir (Çizelge 12).

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarına bakarak hastanın ağrısını değerlendirme şekli ($p=0.042$) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu durum hemşirelerin ağrı değerlendirme formların önemini kavramaya ve bu formları kullanmaya başladıklarının bir göstergesi olabilir.

Hemşirelerin “hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?” sorusuna verdikleri cevapların ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımına bakıldığında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %90.0’ının, bazen karşılaşırım diyenlerin %85.4’ünün, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %88.1’inin ve her zaman karşılaşanların %80’inin hastanın ağrısını en fazla sözlü ifadelerle bakarak değerlendirdikleri görülmektedir (Çizelge 13).

Hemşirelerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıkları ile bireysel ağrı göstergelerine bakarak hastanın ağrısını değerlendirme şekli ($p=0.049$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Sözel ifadelerle hastanın ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi hemşireler tarafından önceden de bilinen ve kullanılan bir yöntemdir. Bu durum ağırlı hasta ile karşılaşma sıklığı daha az olanların ağrıya ilişkin yayın takip etmeye ve bilimsel etkinliklere katılmaya gerek görmemeleri nedeniyle yeni ağrı değerlendirme formlarını kullanmamalarına bağlanabilir.

5.3. Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların dağılımları incelendiğinde, hemşirelerin, en fazla analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%96.5), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%93.4) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.4) ilişkin sorulara doğru cevap verdikleri, ağrı kontrol teorileri (%3.0), plasebo kullanımı (%15.2) ve ağırlı hastada

gözlenebilecek davranışsal değişikliklere ilişkin sorulara ise en az doğru cevap verebildikleri görülmüştür (Çizelge 14).

Fıstıkçioğlu'nun⁵ yaptığı çalışmada, analjeziklerin verilmesinde dikkat edilecek noktalar (%16.25), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%65.0) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%37.5) ilişkin soruları doğru cevaplama oranı bizim araştırma sonuçlarımıza göre oldukça düşüktür. Hem Fıstıkçioğlu'nun⁵ hem de Üstkan'ın⁶ çalışmalarında literatür bilgilerine paralel olarak hemşirelerin ağrı ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin bilgi düzeylerini yeterli olmadığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda, Üstkan⁶ ve Fıstıkçioğlu'nun⁵ yapmış olduğu araştırma sonuçlarından daha yüksek değerlerin çıkması araştırmaların yapıldığı zamana paralel olarak ağrıya ilişkin bilimsel çalışmalar ve eğitim sürecinin kalitesinin artmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı değerlendirildiğinde, ağrı tanılama formunun içeriği (%81.2), ağrının tanımı (%63.6), ağrının semptom olduğu (%77.7), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%90.9), ağrı reseptörlerin özellikleri (%72.7), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%100.0) ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%54.4), ağrılı, hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%36.4), narkotik analjezikleri komplikasyonları (%100.0) ve ağrı kontrol teorilerine (%9.1) ilişkin soruları en fazla lisans ve yüksek lisans mezunlarının doğru cevapladığı, ağrıyı artırıcı faktörler (%59.4), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.6), analjezik ilaçların verilmesinde dikkat edilecek noktalar (%96.8), plasebo kullanımı (%15.5), ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesi (%48.7), ağrı kontrol yöntemleri (%66.8) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%81.8) ilişkin soruları ise en fazla SML/AÖF/Ön lisans mezunlarının doğru cevapladığı görülmektedir (Çizelge 15).

Hemşirelerin eğitim durumları ile ağrıya ilişkin bilgi sorularını doğru bilme durumları konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyinin yükselmesi beklenirken eğitim durumu ne olursa olsun hemşirelerin ağrı ve ağrıya ilişkin hemşirelik yaklaşımlarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları fikrini düşündürecek sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin sorulara verdikleri doğru cevapların mesleki deneyim yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında,

- Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıl ve üzeri olanların %88.9 ile,
- Ağrının tanımını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 5 yıllık ve üzeri, 6-10 yıllık ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,
- Ağrının semptom olduğunu doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık ve 11-15 yıllık olanların %50.0 ile,
- Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %94.5 ile,
- Ağrı reseptörlerin özelliklerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanlar %71.4 ile,
- Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanlar %100.0 ile,
- Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %66.7 ile en fazla,
- Ağrıyı artırıcı faktörleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %66.7 ile,
- Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanların %89.8 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %22.2 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %36.1 ile,
- Analjezik ilaçların verilişinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 11-15 yıllık olanların %98.4 ile,
- Narkotik analjeziklerin komplikasyonlarını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %97.2 ile,
- Plasebo kullanımı doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %33.3 ile,

- Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanlar %61.2 ile,
- Ağrı kontrol teorilerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 16-20 yıllık olanların %4.1 ile,
- Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %80.6 ile,
- Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin ağrı deneyimlerine göre dağılımında, 21 yıllık ve üzeri olanların %88.9 ile en fazla doğru cevap veren gruplar oldukları görülmektedir (Çizelge 16).

Hemşirelerin eğitim durumları ile ağrıya ilişkin bilgi sorularını doğru bilme durumları konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır. Bu durumun nedeni tecrübenin önemini vurgulayabilir.

Fıstıkçioğlu'nun⁵ çalışmasında mesleki deneyim yılı arttıkça ağrı ilişkin bilgi düzeylerinin artması beklenirken istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların çalıştıkları kliniklere göre dağılımlarına bakıldığında,

- Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, yoğun bakımlarda çalışanların %76.7 ile,
- Ağrının tanımını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %71.1 ile,
- Ağrının semptom olduğunu doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, yoğun bakımlarda çalışanların %66.7 ile,
- Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %88.9 ile,
- Ağrı reseptörlerinin özelliklerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %75.6 ile,
- Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında yoğun bakımlarda çalışanların %96.7 ile,
- Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %64.4 ile,

- Ağrıya artırıcı faktörleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, dahili kliniklerde çalışanların 63.5 ile,
- Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımdan, polikliniklerde çalışanların %88.6 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, dahili kliniklerde çalışanların %23.1 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %37.8 ile,
- Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, poliklinik ve ameliyathanede çalışanların %100.0 ile,
- Narkotik analjeziklerin komplikasyonlarını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %97.8 ile,
- Plasebo kullanımını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, ameliyathane ve anestezi bölümünde çalışanların %22.2 ile,
- Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımda, dahili kliniklerde çalışanların %63.5 ile,
- Ağrı kontrol teorileri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, ameliyathane ve anestezi bölümünde çalışanların %7.4 ile,
- Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %80.0 ile,
- Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %91.1 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları görülmektedir (Çizelge 17).

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ağrının tanımı ($p=0.002$), ağrının semptom olduğu ($p=0.040$) ve ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri ($p=0.028$) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Genellikle cerrahi kliniklerinde ağrıya ilişkin bilgi sorularına cevap verme oranının daha yüksek olması, cerrahi kliniklerinde ağrılı hasta ile karşılaşma oranını yüksek olması ve buna bağlı olarak ağrı ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarını öğrenmek için bilimsel etkinlikler, eğitim programlarına katılım ve yayın takip etme gereği gibi nedenlere bağlanabilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımlarına bakıldığında, ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%84.2), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%18.9), analjezik ilaçların verilmesinde dikkat edilecek noktalar (%97.9), narkotik analjeziklerin komplikasyonları (%34.7), plasebo kullanımı (%17.9), ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi (%54.7) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%81.1) ilişkin soruları en çok kronik ağrı deneyimi olanların doğru cevap verdiği, ağrı tanılama formu içeriği (%79.6), ağrının tanımı (%54.4), ağrının semptom olduğu (%53.1), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%87.4), ağrı reseptörlerinin özellikleri(%68.0), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%95.1), ağrıya cevabı etkileyen faktörler(%53.4), ağrıyı artırıcı faktörler (%68.0), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%27.2), ağrı kontrol teorileri (%3.9) ve ağrı kontrol yöntemlerine (%67.0) ilişkin sorulara ise en fazla kronik ağrı deneyimi olmayanların doğru cevap verdiği görülmektedir (Çizelge 18).

Hemşirelerin kronik ağrı deneyimleri ile ağrı tanılama formunun içeriği ($p=0.024$), ağrının tanımı ($p=0.030$), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler ($p=0.035$) ve ağrıyı artırıcı faktörleri ($p=0.008$) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Kronik ağrı deneyimi olanların belirgin bir şekilde bilgi sorularını doğru bilmesi beklenirken kronik ağrı deneyimi olmayanların daha çok doğru cevap verdikleri görülmektedir. Bu sonuç; kronik ağrı deneyiminin hemşirelerin verimli çalışmalarını olumsuz etkilediğini düşündürülebilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların okulda ağrı eğitimi alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, ağrının tanımı (%54.0), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%82.0), ağrıyı artırıcı faktörler (%59.7), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%27.3), plasebo kullanımı (%15.8) ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesi (%49.6), ve ağrı kontrol teorilerine (%4.3) ilişkin sorunlara en fazla okulda ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdiği, ağrı tanılama formu içeriği (%72.9), ağrının semptom olduğu (%55.9), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%74.6), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%94.9), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%52.5), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%86.4), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%18.5), ağrı kontrol yöntemleri

(%76.3) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (% 83.1) ilişkin sorulara ise en fazla okulda ağrı eğitimi almayanların doğru cevap verdiği görülmektedir (Çizelge 19).

Okulda ağrı eğitimi alma durumu ile ağrının tanımı ($p=0.002$) ve ağrı kontrol yöntemleri ($p=0.040$) konusunda anlamlı fark bulunmuştur.

Okulda ağrı eğitimi alanların ağrı ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin bilgi sorularına daha fazla doğru cevap vermeleri beklenirken okulda ağrı eğitimi almayanların daha fazla doğru cevap verdikleri görülmüştür. Bu durum okullarda ağrı eğitiminin süre ve içerik olarak yetersiz olması, hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin özellikleri ve bireysel çabaları ile kendilerini geliştirmeleri ve deneyimle ilişkili olabilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların okul dışı ağrı eğitim alma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, ağrı tanılama formu içeriği (%78.3), ağrının tanımı (%65.2), ağrının semptom olduğu (%47.8), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%73.9), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%87.0), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.4), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%100.0), plasebo kullanımı (%30.4), ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesi(%60.9), ağrı kontrol teorileri (%8.7), ağrı kontrol yöntemleri (% 78.3) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%100.0) ilişkin sorulara en fazla okul dışı ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdiği, ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (% 82.9), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%93.7), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%50.3), ağrıyı artırıcı faktörler (% 60.0), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%25.1) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.7) ilişkin sorulara ise en fazla okul dışı ağrı eğitimi almayanların doğru cevap verdikleri görülmektedir (Çizelge 20).

Hemşirelerin okul dışı ağrı eğitim almaları ile plasebo kullanımı ($p=0.030$) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini ($p=0.013$) bilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Beklendiği gibi ağrıya ilişkin okul dışı eğitim alanların bilgi sorularına okul dışı ağrı eğitimi almayanlara göre daha fazla doğru cevap verdikleri görülmektedir. Okul sonrası eğitimin etkili olmasının nedenleri, spesifik ve ihtiyaca yönelik olması, bilgilerin yenilenmesi ve kullanılması gibi nedenlerle daha kalıcı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuç bize eğitimin sürekliliğinin ve bilgilerin güncelleştirilmesinin etkinliğini göstermektedir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ağrıya ilişkin yayın takip etme durumlarına göre dağılımı değerlendirildiğinde, ağrının tanımı (%65.2), ağrı reseptörlerinin özellikleri (%87.0), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%95.7), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%69.6), ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%17.4), ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikler (%30.4), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%100.0), plasebo kullanımı (%39.1), ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi (%60.9) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%95.7) ilişkin soruları en fazla ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin doğru cevapladığı, ağrı tanılama formu içeriği (%73.1), ağrının semptom olduğu (% 49.7), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%82.3), ağrıyı artırıcı faktörler (%61.1), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), narkotik analjeziklerin komplikasyonları (%93.7), ağrı kontrol teorileri (%3.4) ve ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin soruları ise ağrıya ilişkin yayın takip etmeyenlerin en fazla doğru cevapladığı görülmektedir (Çizelge 21).

Ağrıya ilişkin yayın takip etme ile ağrı reseptörlerinin özellikleri ($p=0.025$), ağrıya cevabı etkileyen faktörler ($p=0.046$) ve plasebo kullanımını ($p=0.001$) doğru bilme konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Beklendiği gibi ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin takip etmeyenlere oranla bilgi sorularına daha fazla doğru cevap verdikleri görülmektedir. Yayın takibi ağrıya ilişkin yeni gelişmelerden haberdar olup uygulamayı da beraberinde getirdiğinden kaynaklanabilir.

Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımına bakıldığında,

- Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %84.5 ile,
- Ağrının tanımını doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %52.4 ile,
- Ağrının bir semptom olduğunu doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %52.7 ile,

- Ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %85.7 ile,
- Ağrı reseptörlerinin özelliklerini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %69.1 ile,
- Ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin ve sıklıkla karşılaşırım diyenlerin %100.0 ile,
- Ağrıya cevabı etkileyen faktörleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %63.6 ile,
- Ağrıyı artırıcı faktörleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %81.8 ile,
- Ağrının uzun vadede neden olabileceği durumları doğru bilenlerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %90.9 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, bazen karşılaşırım diyenlerin %20.8 ile,
- Ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %34.5 ile,
- Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %98.2 ile,
- Plasebo kullanımını doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %20.0 ile,
- Ağrının yoğunluğunun değerlendirilmesini doğru bilenlerin ağrılı hastayla karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %54.5 ile,

- Ağrı kontrol teorilerini doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla ve hemen hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %3.6 ile,
- Ağrı kontrol yöntemlerini doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %72.7 ile,
- Ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, bazen karşılaşırım diyenlerin %87.5 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları görülmektedir (Çizelge 22).

Hemşirelerin ağırlı hastayla karşılaşma sıklığı ile ağrı tanılama formu içeriğini ($p=0.008$) ve ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri ($p=0.005$) doğru bilme konularında anlamlı farklar bulunmuştur.

Ağırlı hasta ile karşılaşma sıklığı arttıkça bilgi sorularına doğru cevap verme oranının artması beklenirken karşılaşma sıklığı ile bilgi sorularını doğru bilme oranı arasında belirgin bir fark yoktur. Bu durum bize ağrıya ilişkin bilgi düzeyinin arttırılmasında hastayla karşılaşma sıklığından çok eğitimin daha önemli olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının, mesleki deneyim yılına göre dağılımına bakıldığında, %55.6 ile 21 yıllık ve daha yukarı olanlar ile 6-10 yıllık olanların en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen gruplar oldukları görülmüştür (Çizelge 23). Bu durum, tecrübenin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilmede etkili olabileceğini düşündürülebilir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının kliniklere göre dağılımına bakıldığında, beklenenin tersine %53.3 ile yoğun bakımlarda çalışanların en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen grup olduğu görülmüştür (Çizelge 23).

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında, %54.5 ile lisans ve yüksek lisans mezunu olanların en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen grup olduğu görülmüştür (Çizelge 23). Bu durum, son yıllarda eğitim seviyesinin yükselmesi ve buna paralel olarak eğitimin süresinin artması, lisans ve yüksek lisans hemşirelik eğitiminde ağrı ve ağırlı hastaya hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin içerikte ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerine önem verilmesine bağlanabilir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının kronik ağrı deneyimine göre dağılımında, %48.5 ile kronik ağrı deneyimi olmayanların en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen grup olduğu görülmüştür (Çizelge 23). Bu durum kronik ağrı yaşamayanların ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini öğrenmeye yönlendirmediğini düşündürülebilir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının okulda ağrı eğitimi alma durumlarına göre dağılımına bakıldığında, %51.1 ile okulda ağrı eğitimi alanların en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen grup olduğu görülmüştür (Çizelge 23). Bu durum okulda ağrı konusunda ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerine daha fazla ağırlık verilmesine bağlanabilir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının okul dışı ağrı eğitimi alma durumlarının dağılımına bakıldığında, %69.6 ile okul dışı ağrı eğitimi alanların, en fazla ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilen grup olduğu görülmüştür (Çizelge 23). Bu durum bize eğitimin sürekliliğinin, spesifik ve ihtiyaca yönelik olmasının önemini gösterebilir.

Hemşirelerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumlarının yayın takip etme durumlarına göre dağılımına bakıldığında, %69.6 ile ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini en çok bilen grup olduğu saptanmıştır (Çizelge 23). Bu durum ağrı kontrolünde yayın takip etmenin yenilikleri takip etme açısından önemini vurgulamaktadır.

Hemşirelerin, ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini bilmeleri ile okulda ağrı eğitimi almaları ($p=0.046$), okul dışı ağrı eğitimi almaları ($p=0.018$) ve ağrıya ilişkin yayın takip etmeleri ($p=0.018$) konusunda anlamlı farklar bulunmuştur.

Hemşirelerin, postoperatif ağrı, kanser ağrısı ve diş ağrısının akut ya da kronik olduğunu bilme durumların dağılımına bakıldığında, hemşirelerin %86.4'ü migrenin kronik bir ağrı olduğunu, %94.9'u postoperatif ağrının akut bir ağrı olduğunu, %91.9'u kanser ağrısının kronik bir ağrı olduğunu ve %95.5'inin ise diş ağrısının akut bir ağrı olduğunu bildiği görülmektedir (Çizelge 24).

Bu durum bizi hemşirelerin akut ve kronik ağrı kavramlarını ve ağrı sınıflamasını tama yakın bir oranda bildiklerini göstermiştir. Bu sonuç ağırlı hastaya verilecek hemşirelik bakımında tanılamamanın yapılabilmesi açısından sevindiricidir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişi önerebilme durumlarının dağılımına bakıldığında, konstipasyon için hemşirelerin en fazla %20.2'si ilaç tedavisi, en az ise %0.5'i diyet ve tuvalet eğitimi önerdikleri, %23.7'sinin ise herhangi bir girişim önermedikleri görülmüştür (Çizelge 25).

Hemşirelerin konstipasyona yönelik herhangi bir hemşirelik girişimi önerememeleri literatüre^{5,6} paralel olarak bilgi düzeyindeki yetersizliği göstermektedir. Hemşirelerin en fazla farmakolojik yöntemleri bildikleri ve uyguladıkları sonucuna paralel olarak konstipasyon içinde ilk sırada ilaç tedavisini önermeleri, bilgi düzeyi, hekim ve hemşirenin eğilimi, uygulama kolaylığı ve çabuk etki ile ilişkili olabilir. Konstipasyona bağlı ağrıyı azaltıcı diğer yöntemlerin daha az oranda kullanılması, ilaç dışı yöntemlerin iyi bilinmemesine, zaman alıcı olmasına, hasta ile işbirliği gerektirmesine, bağımsız hemşirelik fonksiyonları olması nedeniyle sorumluluğun çok olmasına, hastanın nörolojik durumunun uygun, eğitilebilir ve uygulama kapasitesinin olması gerekliliğine bağlanabilir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişi önerebilme durumlarının dağılımına bakıldığında, inkontinans için, hemşirelerin en fazla %16.2'si kalıcı sonda uygulaması ve en az %0.5'inin nedeninin araştırılmasını önerdikleri, %38.9'unun ise herhangi bir girişim önermedikleri görülmüştür (Çizelge 25).

Hemşirelerin %38.9'unun inkontinansa yönelik herhangi bir hemşirelik girişimi önerememeleri bilgi düzeyindeki yetersizliği göstermektedir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişi önerebilme durumlarının dağılımına bakıldığında, gürültü için hemşirelerin en fazla %92.4'ü gürültünün en aza indirilmesini, en az ise %0.5'i dikkati başka yöne çekme yöntemini önerdikleri, %4.0'ının ise herhangi bir hemşirelik girişimi önermedikleri görülmektedir (Çizelge 25).

Bu sonuç hemşirelerin gürültüye yönelik alınması gereken önlemler konusunda bilinçli olduklarını ve bağımsız hemşirelik fonksiyonlarını uygulayabildiklerini göstermektedir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilme durumlarının eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında, konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %77.0'ının

lisans /yüksek lisans mezunlarının ise %63.6'sının, inkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %60.4'ünün, lisans/yüksek lisans mezunlarının ise %63.6'sının, gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %95.7'sinin, lisans/yüksek lisans mezunlarının ise 100.0 ile hepsinin doğru girişim önerebildiği görülmektedir (Çizelge 26).

Hemşirelerin eğitim durumları ile ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi arttıkça doğru hemşirelik girişimi önerebilme oranında artış beklenirken birbirine yakın değerler bulunmuştur. Bu sonuç bilginin güncelleştirilmesi ve etkin hale getirilmesi için düzenli aralıklarla okul dışı eğitimin gerekliliği ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilme durumlarının kronik ağrı deneyimlerine göre dağılımı değerlendirildiğinde, konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %76.8'inin, kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %75.7'sinin, inkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %52.6'sının, kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %68.0'mın, gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olanların %95.8'inin, kronik ağrı deneyimi olmayanların ise %96.1'inin doğru hemşirelik girişimi önerebildiği görülmektedir (Çizelge 27).

Hemşirelerin kronik ağrı deneyimleri ile inkontinansa bağlı ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri konusunda ($p=0.027$) anlamlı fark bulunmuştur.

Kronik ağrı deneyiminin doğru hemşirelik girişimi önerebilme oranını arttırması beklenirken konstipasyon ve gürültü için birbirine yakın değerler, inkontinans için ise kronik ağrı deneyimi olmayanların daha fazla doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri dikkat çekicidir.

Hemşirelerin ağrıyı artırıcı bazı durumlarda ağrıyı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilme durumlarının ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımına bakıldığında, konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı hasta ile hemen her zaman karşılaşırım diyenlerin %83.6 ile, inkontnansa bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı hasta ile hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %72.7 ile, gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı

hasta ile sıklıkla karşılaşım diyenlerin %97.6 ile en fazla doğru girişim önerebilen gruplar olduğu görülmektedir (Çizelge 28).

Hemşirelerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıkları ile konstipasyon, inkontinans ve gürültüye bağı ağırı azaltıcı doğru hemşirelik girişimi önerebilmeleri konusunda anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin ağırlı hasta ile karşılaşma sıklıkları arttıkça, konstipasyon, inkontinans ve gürültüye bağı ağırı azaltıcı doğru hemşirelik girişim önerebilme durumlarında artış beklenirken birbirine yakın sonuçlar çıkmıştır. Bu sonuç doğru girişim önerebilme durumunun eğitimi sürekliliğı ve bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin örnek ağırlı bir hastaya yönelik saptadıkları hemşirelik girişimlerinin dağılımına bakıldığında, hemşirelerin, en fazla %78.8'inin farmakolojik yöntemleri, %73.1'inin uygun pozisyon ve dinlenme, en az ise %0.6'sının egzersiz ve %1.0'ının müzik dinletme şeklinde girişimler önerdikleri görülmektedir (Çizelge 29).

Bu sonuç araştırmamızın ve literatür bilgilerine paraleldir. Üstkan'ın⁶ çalışmasında eğitim öncesi hiçbir hemşirenin ilaç dışı ağırı kontrol yöntemi uygulamadığı eğitim sonrasında ise uygulama oranının da belirgin bir şekilde artış olduğu görülmüştür. Bu durum okul dışı eğitim programlarının düzenli aralıklarla tekrarının gerekliliğini düşündürebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğumuz bu çalışmada elde edilen sonuçları şöyle sıralayabiliriz.

1. Hemşirelerin, ortalama 30.9, en küçük 20, en büyük 55 yaşında olduğu, mesleki deneyim yılı ortalaması 12.0, en az 1, en çok ise 34 yıllık oldukları görülmüştür.
2. Çalışmaya katılan hemşirelerin, %33.3'ünün 30-34 yaş grubunda olduğu, %50.0'inin ön lisans mezunu olduğu, %32.3'ünün 11-15 yıllık olduğu, %53.0'ının gündüz çalıştığı, %26.3'ünün dahili kliniklerde çalıştığı, %13.6'sının ameliyathane ve anestezi bölümünde çalıştığı, %84.8'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %52.0'inin kronik ağrı deneyimi olmadığı, %42.4'ünün ise ağırlı hasta ile sıklıkla karşılaştığı görülmüştür.
3. Hemşirelerin, %70.7'sinin okulda ağrı eğitimi aldığı, %78.6'sının ağrı kavramını okulda diğer konuların içinde aldığı, %88.4'ünün okul dışı ağrı eğitimi aldığı, %88.4'ünün ağrıya ilişkin bir yayın takip etmediği, ağrıya ilişkin takip edilen yayınların başında % 73.9'la radyo-televizyonun geldiği saptanmıştır.
4. Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin klinikte %88.9 ile en fazla farmakolojik yöntemleri uyguladıkları ve %54.0 ile ise en fazla farmakolojik yöntemleri bildikleri belirlenmiştir.
5. Hemşirelerin farmakolojik yöntemleri %97.8, düşleme ve pozitif düşleme yöntemini %42.2 ile cerrahi kliniklerde ve dikkati başka yöne çekme yöntemini ise %63.5 ile dahili kliniklerde kullandıkları saptanmıştır.
6. Kronik ağrı deneyimi olan hemşirelerin en fazla %88.4'ünün farmakolojik yöntemleri, en az %5.3 ile vibrasyon ve mentol uygulama yöntemlerini uyguladıkları görülmüştür.
7. Hemşireler tarafından en fazla uygulanan farmakolojik yöntemleri %94.5 ağırlı hasta ile hemen her zaman karşılaşanların, en az uygulanan mentol uygulama yönteminin ise %12.5 ile ağırlı hastayla bazen karşılaşanların, uyguladıkları görülmektedir.

8. Hemşirelerin, en fazla hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarak (%81.3), en az ise ağrı tanılama formu kullanarak (%4.0), hastaların ağrısının geçip geçmediğini değerlendirdikleri, %7.1'nin ağrı değerlendirmesi yapmadığı, %8.6'sının ise doktordan ağrı değerlendirmesi istediği görülmüştür.
9. Hastanın ağrısının geçip geçmediğini sözel olarak kontrol ederim cevabını en fazla %92.3 ile dahili kliniklerde çalışanların verdikleri belirlenmiştir.
10. Hemşirelerin en fazla %85.4'ünün sözlü ifadeleri değerlendirerek hastanın ağrısı olduğunu anladıkları görülmüştür. Hemşirelerin %2.5'inin hastanın ağrısı olup olmadığını değerlendirmediklerini ifade ettikleri saptanmıştır.
11. Çalışmamızda yer alan hemşirelerin sözlü ifadelere bakarak ağrı yoğunluğunu değerlendiririm cevabını verenlerin en fazla %100.0 ile 21 yıllık ve üzeri olanların, en az ise %21.9 ile 5 yıl ve daha az çalışanların olduğu bulunmuştur.
12. Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarına bakarak hastanın ağrısını en fazla %22.2 ile cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin değerlendirdikleri, yoğun bakımlarda çalışanların ise hiç değerlendirme yapmadıkları görülmüştür.
13. Hemşirelerin hastayla hemen hemen hiç karşılaşmam diyenlerin %90.0'ının hastanın ağrısını en fazla sözlü ifadelere bakarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.
14. Hemşirelerin, en fazla analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%96.5), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%93.4) ve narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.4) ilişkin sorulara doğru cevap verdikleri, ağrı kontrol teorileri (%3.0), plasebo kullanımı (%15.2) ve ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişikliklere ilişkin sorulara ise en az doğru cevap verebildikleri görülmüştür.
15. Ağrı tanılama formunun içeriği (%81.2), ağrının semptom olduğu (%77.7), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%90.9), ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenler (%100.0) narkotik analjezikleri komplikasyonları (%100.0) ilişkin soruları en fazla lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru cevapladığı, ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (% 96.8), ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%81.8) ilişkin soruları ise en fazla SML/AÖF/Ön lisans mezunu hemşirelerin doğru cevapladığı saptanmıştır.

16. Ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 21 yıl ve üzeri olanların %88.9 ile, ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %94.5 ile, ağrının oluşumundaki fiziksel etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %94.5 ile, ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanlar %100.0 ile, analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 11-15 yıllık olanların %98.4 ile, narkotik analjeziklerin komplikasyonlarını doğru bilenlerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımında, 6-10 yıllık olanların %97.2 ile, en fazla doğru cevap veren gruplar oldukları görülmektedir.
17. Ağrının tanımını doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %71.1 ile, ağrının semptom olduğunu doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, yoğun bakımlarda çalışanların %66.7 ile, ağrılı hastada gözlenebilecek davranışsal değişiklikleri doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, cerrahi kliniklerde çalışanların %37.8 ile, analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin kliniklere göre dağılımında, poliklinik ve ameliyathanede çalışanların %100.0 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları belirlenmiştir.
18. Ağrılı hastada gözlenebilecek fizyolojik değişiklikler (%18.9), analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar (%97.9), ilişkin soruları en çok kronik ağrı deneyimi olan hemşirelerin doğru cevap verdiği, ağrı tanılama formu içeriği (%79.6), ağrının tanımı (%54.4), ağrının oluşumundaki fiziksel etkenler (%87.4), ağrıyı artırıcı faktörlere (%68.0), ilişkin sorulara ise en fazla kronik ağrı deneyimi olmayan hemşirelerin doğru cevap verdiği saptanmıştır.
19. Araştırmaya katılan hemşirelerden, ağrının tanımı (%54.0), ağrıyı artırıcı faktörler (%59.7), ilişkin sorunlara en fazla okulda ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdiği, ağrı kontrol yöntemleri (%76.3) ve ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (% 83.1) ilişkin sorulara ise en fazla okulda ağrı eğitimi almayanların doğru cevap verdiği görülmüştür.

20. Hemşirelerden, plasebo kullanımı (%30.4), ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerine (%100.0) ilişkin sorulara en fazla okul dışı ağrı eğitimi alanların doğru cevap verdikleri bulunmuştur.
21. Ağrı reseptörlerinin özellikleri (%87.0), ağrıya cevabı etkileyen faktörler (%69.6), plasebo kullanımı (%39.1), ilişkin soruları en fazla ağrıya ilişkin yayın takip eden hemşirelerin doğru cevapladığı, ağrıyı artırıcı faktörler (%61.1), ağrının uzun vadede neden olabileceği durumlar (%82.9), narkotik analjeziklerin komplikasyonlarına (%93.7) ilişkin soruları ise ağrıya ilişkin yayın takip etmeyen hemşirelerin en fazla doğru cevapladığı saptanmıştır.
22. Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerden, ağrı tanılama formu içeriğini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, sıklıkla karşılaşanların %84.5 ile, ağrının oluşumundaki fiziksel ve psikolojik etkenleri doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen hemen hiç karşılaşmayanlar ve sıklıkla karşılaşanların %100.0 ile, analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktaları doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımında, hemen her zaman karşılaşanların %98.2 ile, ağrıyı azaltıcı hemşirelik girişimlerini doğru bilenlerin ağrılı hasta ile karşılaşma sıklıklarına göre dağılımından, bazen karşılaşanların %87.5 ile en fazla doğru cevabı veren gruplar oldukları belirlenmiştir.
23. Hemşirelerden %51.1 ile okulda ağrı eğitimi alanların, %69.6 ile okul dışı ağrı eğitimi alanların, %69.6 ile ağrıya ilişkin yayın takip edenlerin ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerini en çok bilen gruplar oldukları saptanmıştır.
24. Hemşirelerin %86.4'ü migrenin kronik bir ağrı olduğunu, %94.9'u postoperatif ağrının akut bir ağrı olduğunu, %91.9'u kanser ağrısının kronik bir ağrı olduğunu ve %95.5'inin ise diş ağrısının akut bir ağrı olduğunu bildiği görülmüştür.
25. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin Konstipasyon için en fazla %20.2'si ilaç tedavisi, en az ise %0.5'i diyet ve tuvalet eğitimi, inkontinans için en fazla %16.2'si kalıcı sonda uygulaması ve en az %0.5'i ise nedeninin araştırılmasını, gürültü için hemşirelerin en fazla %92.4'ü gürültünün en aza indirilmesini, en az ise %0.5'i dikkati başka yöne çekme yöntemini önerdikleri belirlenmiştir.
26. Hemşirelerden konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için SML/AÖF/Ön Lisans mezunlarının %77.0'ının, inkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için lisans/yüksek

- lisans mezunlarının ise %63.6'sının, gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için lisans/yüksek lisans mezunlarının ise 100.0 ile hepsinin doğru girişim önerebildiği bulunmuştur.
27. İnkontinansa bağlı ağrıyı azaltmak için kronik ağrı deneyimi olan hemşirelerin %52.6'sının , kronik ağrı deneyimi olmayan hemşirelerin ise %68.0'mın doğru hemşirelik girişimi önerebildiği görülmüştür.
28. Hemşirelerden konstipasyona bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı hasta ile hemen her zaman karşılaşanların %83.6 ile , inkontnansa bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı hasta ile hemen hiç karşılaşmayanların %72.7 ile, gürültüye bağlı ağrıyı azaltmak için ağrılı hasta ile sıklıkla karşılaşanların %97.6 ile en fazla doğru girişim önerebilen gruplar olduğu belirlenmiştir.
29. Hemşirelerin, en fazla %78.8'inin farmakolojik yöntemleri, %73.1'inin uygun pozisyon ve dinlenme, en az ise %0.6'sının egzersiz ve %1.0'mın müzik dinletme şeklinde girişimler önerdikleri saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

1. Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi, tutum, davranış ve inançlarının bilimsel anlamda değişip gelişebilmesi için daha kapsamlı, sistemli ve sürekli eğitimin ve hemşirelikte araştırmanın önemini bilincine varılması ve uygulamaya geçirilmesi,
2. Ağrılı hastanın bakımında hemşirelerin sorumluluğunun büyük olması nedeniyle tüm hemşirelik okullarında ağrı, ağrı kontrolü ve ağrılı hastalara hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin standart müfredatın düzenlenmesi,
3. Ağrılı hastalara bakım veren hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin kapsamlı hizmet içi eğitim programlarına alınması,
4. Hizmet içi eğitimin etkinliğini arttırmak için interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması,
5. Hemşirelik eğitiminde ağrı konusu anlatılırken özellikle hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabilecekleri nonfarmakolojik yöntemlere ağırlık verilmesi,
6. Nonfarmakolojik (ilaç dışı) ağrı kontrol yöntemlerinden sertifika gerektirenler için özel sertifika alma programlarının düzenlenmesi,
7. Hizmet içi eğitim programlarının etkili olup olmadığı, sonuçlar, gözlem ve istatistiksel çalışmalarla izlenmesi,

8. Ağrı kontrolünde başarıyı arttırmak için hastaların kitle iletişim araçları aracılığı ile ağrı ve ağrıyla başa çıkma yolları konusunda bilinçlendirilmesi,
9. Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin yayın takibi ve önemi konusunda bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi,
10. Hemşirelerin araştırma yöntemleri ve istatistik konusunda iyi bir eğitim almalarının sağlanması ve araştırma yapmaya yönlendirilmesi ve desteklenmesi,
11. Ağrı kontrol yöntemlerinin etkili olabilmesi için bir hemşire ve hasta sayılarının uluslar arası standartlara uygun hale getirilmesi,
12. Hastanelerde ağrı tanılaması ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin standart formların geliştirilmesi ve rutin olarak kullanılması,
13. Okulda ve hizmet içi programlarında ağrı kontrolünün bir ekip işi olduğu ve bu ekipte en çok görev ve sorumluluğun hemşireye düştüğü bilincinin verilmesi,

7.KAYNAKLAR

1. **Erdine S.** *Ağrı*. İstanbul: Alemdar Ofset, 2000.
2. **Potter P, Perry AG.** *Fundamentals of Nursing*. 4.th Ed., Missouri: Mosby, 1997: 1153-1190
3. **Karadeniz G, Atalay M.** Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. İzmir, 1990: 539-548.
4. **Özer N, Bölükbaşı N.** Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanılamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000; 3(2): 54-55.
5. **Fıstıkçoğlu A.** Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Kanser Ağrısı Hakkındaki Bilgilerini Araştırılması. *Yüksek Lisans*; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1985.
6. **Üstkan H.** Ağrı Yönetimi İle İlgili İlgil ve İnançların Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.
7. **Kocaman G.** *Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımları*. I. Baskı, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San. Tic.Ltd.Şti., 1994.
8. **Yürügen B.** Ağrı ve Opioid Analjeziklerin Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Komplikasyonlarda Hemşirelik Yaklaşımları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001;4(1):1-6.
9. **Özer N, Bölükbaşı N.** Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanılamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 4(1):7-17.
10. **Paulus W, Schöps P.** *Baş ve Ağrıları Sendromları*. İstanbul: Sökmen Matbaacılık, 2000.
11. **Yegül İ.** *Ağrı ve Tedavisi*. İzmir: Yapım Matbaacılık, 1993.
12. **Pousada L, Osborn HH, Levy DB.** *Acil Tıp*. 2. Baskı, İstanbul: Kanaat Basımevi, 1997.
13. **Hatemi H.** Kelime ve Çağrışımlar.
Erişim: (http://www.agritr.com/konuk_yazar.htm) 2001. Erişim Tarihi: 06.11.2002
14. **Loeser DJ.** *Bonica's Management of Pain*. 3th Ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
15. **Aranolf GM.** *Evaluation and Treatment of Cronic Pain*. 3th Ed., Baltimore: Willams and Wilkins a Wawerly Company, 1999.
16. **Erdine S.** Ağrı ve Yaşam.
Erişim: (http://www.agritr.com/agri_ve_yasam.htm) 2001.Erişim Tarihi: 06.11.2002.
17. **Swerdlow M, Ventafrida V.** *Kanser Ağrısı*. İstanbul. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., 1987.
18. **Olgun N, Eti Aslan F, Yazıcı Kuğuoğlu S.** *Acil Bakım*. İstanbul: Çekik Matbaası, 1998.
19. **Yürügen B.** Algoloji (Ağrı) Polikliniklerine Başvuran Hastaların Ağrılarının Tanılanması ve Ağrı ve Depresyon İlişkisi. *Hemşirelik Bülteni*, 1995; 9(38): 31-40.

20. **Tuna N.** *Bel Ağrısı.* İstanbul: Tayf Ofset, 2000.
21. **Lynch M.** Pain as The Fifth Vital Sign.
Erişim: (<http://www.Nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=385CDF28-1D5F-11D5-AF22-00...>)
Erişim Tarihi: 14.12.2001.
22. **Wild LR, Mitchell PH.** Quality Pain Management Outcomes: The Power of Place.
Erişim: (<http://www.Nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=D9BAA203-2C1B-11D4-83EB-0...>)
Erişim Tarihi: 14.12.2001.
23. **Çimete G.** Ağrı Kavramı. *Türk Hemşireliği Dergisi*,1994; 44(5-6): 42-43.
24. **Veliöglü P, Pektekin Ç, Şanlı T.** *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler.* 2. Baskı, Eskişehir: Etam A.Ş., Web-Ofset, 1993: 73-76.
25. **Guyton AC, Hall JE.** *Tıbbi Fizyoloji.* 9. Baskı, İstanbul: Tavashlı Matbaacılık Ltd. Şti., 1998: 609-620.
26. **Çağlayan Ş.** *Yaşam Bilimi Fizyoloji.* İstanbul: Panel Matbaacılık Ltd. Şti., 1995
27. **Ganong W F.** *Tıbbi Fizyoloji.* 19. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım, 1999: 148-155.
28. **McHugh W B, McHugh J M.** Pain: Neuroanatomy, Chemical Mediators, and Clinical Implications.
Erişim: (<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=E304E67F-21E9-11D4-83DE-00...>)
Erişim Tarihi: 11.02.2002
29. **Wall P D, Melzack R.** *Textbook of Pain.* 4th. Ed., London: Harcourt Publishers Limited, 1999.
30. **Salerno E, Willens J S.** *Pain Management Handbook An Interdisciplinary Approach.* Missouri: Mosby, 1996.
31. **Skevington SM.** *Psychologi of Pain.* England: John Wiley and Sons Limited, 1995.
32. **Evlice YE, Uğuz Ş.** Pisikiyatrik Açından Ağrı.
Erişim: (http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/galenos/new_page_2.htm). Erişim Tarihi: 04.01.2002.
33. **Şahinler Hİ.** Kronik Ağrı.
Erişim: (<http://www.doktorhakan.com/osa/rs/dm5.html>). Erişim Tarihi: 27.11.2002.
34. **Spierings ELH.** *Management of Migraine.* Newton: Butterworth-Heinemann, 1996.
35. **Bahçeci A.** İnfertilite Sırasında Ağrı İle Başa Çıkma.
Erişim: (<http://www.bahceci.com/agriilebasacikma.htm>). Erişim Tarihi: 27.11.2002.
36. **Çam B, Dokur MF, Erdemir M, Yeler B, Kızıltan G, İlkay E.** Değişik Hastalık Grupları ve Normallerde Ağrılı Uyarana Gösterilen Reaksiyonun Depresyon ve Anksiyete ile İlişkisi. *Yeni Syposium*, 1987; 25(1): 5-13.
37. **Aksoy S, Özsoy T, Alpay N.** Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Düşünen Adam Bakırköy Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1990; 3(2): 30-32.
38. **Erdine S, Özyalçın S.** Somatizasyon ve Ağrı. *Sendrom*, 2002; 14(4): 94-98.
39. **Vrinten DH, Adan RAH, Groen GJ, Gispén WH.** Chronic Blockade of Melanocortin Receptors Alleviates Allodynia in Rats With Neuropathic Pain. *International Anesthesia Research Society*, 2001; 93(7): 1572-1575.

40. **McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J.** Management of Pain and Pain-Related Symptoms in Hospitalized Veterans. *American Journal of Nursing (Electronic Journal)*, 2000; 23(5): 327.
Erişim: (<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=CO7745OB-84F9-11D4-83E05>)
41. **Roper N, Logan W, Tierney AJ.** *The Elements of Nursing*. 2st Ed., London: Churchill Livingstone, 1985.
42. **Loeb JL.** Pain Management in Long-Term Care. *American Journal of Nursing*, 1999; 99(2): 48-52.
43. **Dramalı A.** Ağrının Kontrolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1989; 5(3): 79-88.
44. **Kayan A.** *Baş Ağrısı ve Yüz Ağrısı*. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1981.
45. **Paulus W, Schöps P.** *Baş ve Boyun Ağrısı Sendromları*. İstanbul: Sökmten Matbaacılık, 2000.
46. **Sandler M, Collins G.** *Araştırmalar Işığında Migren*. İstanbul: Yeni Alaş Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. şti., 1993.
47. **Fadıloğlu Ç, Ergin K, Argon G.** Baş Ağrısı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1986; 2(3): 75-89.
48. **Erel C.** *Baş Ağrıları Fizyopatolojisi Teşhis Tedavi*. Edirne: Osmanlı Matbaası, 1987.
49. **Maruta T, Osborne D, Swansa D.** Kronik Ağrılı Hastalar ve Eşleri: Marital ve Cinsel Uyum. *Popüler Psikiyatri*, 1995; 1(1): 26-27.
50. **Nusbaun E.** Migrainess. *American Journal of Nursing*, 1996; 96 (10): 36-37.
51. **Yürekli A.** Psikiyatride Başağrıları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1986; 2 (3): 95-97.
52. **İnanç N.** Ağrının Kontrolü. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1984; 34 (4): 38-41.
53. **Pasero C L, Mc Caffery M.** Pain in Elderly. *American Journal of Nursing*, 1996; 96 (10): 39-45.
54. **Miller KE, Miller M M, Jolley MR.** Challenges in Pain Management at the End of Life. *American Family Physician*, 2001; 64 (7) : 1227-1232.
55. **Watt- Watson J, Garfinkel P, Gallop Ruth, Bonnie S, Streiner D.** The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care.
Eriřim:(<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=B58F9289-4E49-11D4-83DF-00...>)
Erişim Tarihi:14.12.2001
56. **Sell I I.** Systematic Pain Control. *American Journal of Nursing (Electronic Journal)*, 1996; 96 (10): 16.
Erişim: (<http://www.nursingcenter.com/journals/article.Cfm? =AC9F905E-1522-11D3-8EBO-00>)
57. **Krulich I H.** Using OBQI to Improve Assesment of Pain: SpotlightOn: Valley Home Care, Inc., Paramus, NJ
Eriřim:(<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=7AF4A36F-16F0-11D5-AF1F-00...>)
Erişim Tarihi.11.02.2002
58. **Dufault M A, Willey-Lessne C.**Using a Collobarative Research Utilization Model to Develop and Test the Effectsof Clinical Pathways for Pain Management.
Eriřim:<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?=385CDC14-1D5F-11D5-AF22-00...>
Erişim Tarihi:11.02.2002

59. **Home Healthcare Nurse.** What's New in Pain Management?. *Professional Development(Electronic Journal)*,2000;18(10):648
Erişim(<http://www.nursingcenter.com/prodev/ce-article.asp?tid=53393>)
60. **Lawler K, Day R, Carrol D.** Pain Control. *Professional Nurse Study*, 1997;13(1):3-14.
61. **Güzeldemir M E.** Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom*, 1995; 7 (6): 11-21.
62. **Çakırcalı E.** *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. 3. Baskı, İzmir: Güven-Nobel, 2000.
63. **Mayer MD, Torma L, Byock I, Norris K.** Trends in Nursing (Speaking the Language of Pain and The Proverbial Verb)
Erişim: (<http://www.nursingcenter.com/ce/test/article.cfm?id=0AA85DBA-EE2D-11D4-83E0-00...>)
2002.
Erişim Tarihi: 11.02.2002.
64. **Dalton ja, Mcnaull F.** A Call for Standardizing the Clinical Rating of Pain Intensity Using a 0 to 10 Rating Scale.
Erişim:(<http://www.nursingcenter.com/journals/article.cfm?id=AC9FA240-1522-11D3-8EB0-00...>)
Erişim Tarihi: 14.12.2001.
65. **Akupunktur Nedir?**
Erişim: (<http://www.marasaakupunktur.com/akupunkturedir3.htm>). Erişim Tarihi: 27.11.2002.
66. **Ackermen CJ, Turkoski B.** Using Guided Imagery to Reduce Pain and Anxiety Home Healthcare Nurse. *American Journal of Nursing (Electronic Journal)*, 2000; 18(8). 524.
Erişim:(<http://216.251.241.177/ce/article.cfm?id=4853CF65%2DAA15%2DDIID4%2D83EO%21>)
67. **Akman H, Arıboğan A.** Yoğun Bakımda Analjezi.
Erişim: (<http://med.cu.edu.tr/anastezi/galenos/new-page-17.htm>) Erişim Tarihi: 04.01.2002.
68. **McCaffery M.** Your Patient is in Pain- How Should Your Respond.
Erişim: (<http://www.springnet.com/painsurvey>)
Erişim Tarihi:24.01.2002.
69. **Uzun Ö.** Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000;3(2):36-45.
70. **Erdine S.** Ağrı ve Akılcı Analjezik Kullanımı. *Türk Algoloji Derneği, Türk Eczacılar Birliği.* İstanbul.
71. **Segal S, Derby S.** Managing Pain with Epidural Infusion.
Erişim:<http://www.nursingcenter.com/ce/rounds/case-study.cfm?id=CDFE00A9-267F-11D3-81>)
Erişim Tarihi:11.02.2002.
72. **Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V.** *Biyoistatistik*. 8. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1998.
73. **Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V.** *Araştırma Yöntemleri*. 3. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2000.

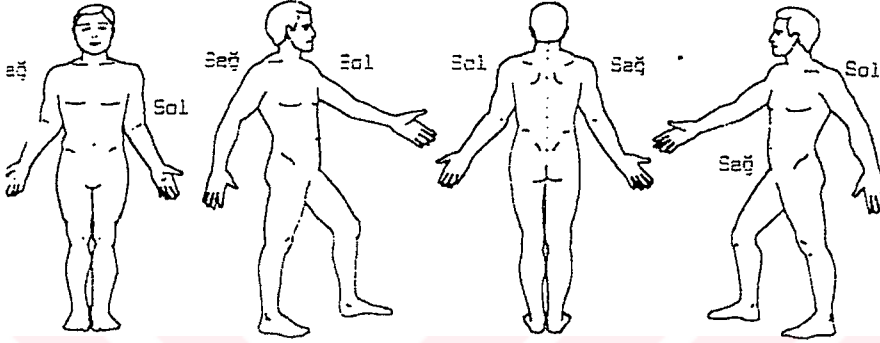
EKLER

EK-1

AĞRI TANILAMA FORMU

Hastanın Adı..... Yaşı..... Oda..... Tarih.....
Tanı..... Hekim:.....
Hemşire:.....

I. YERİ: Hasta ya da hemşire şekilleri işaretler



II. ŞİDDET: Hasta ağrısını dereceler. Kullanılan Skala.....

Şu anda:.....

Ağrısı en kötü olduğu zaman:.....

Ağrısı en az olduğu zaman:.....

Kabul edilebilir ağrı düzeyi:.....

III. NİTELİĞİ: Hastanın kendi kelimelerini kullan (yanma, karıncalanma, çekilme vb.).....

IV. BAŞLANGICI, SÜRESİ, DEĞİŞİKLİKLER, RİTMİ:.....

V. AĞRIYI İFADE TARZI:.....

VI. AĞRIYI NE GİDERİR?:.....

VII. AĞRIYA YOL AÇAN ve ARTIRAN NEDENLER:.....

VIII. AĞRININ ETKİLERİ: Fonksiyonlarda, yaşam kalitesindeki azalmayı kayıt et.)

Birlikte olan semptomlar (bulantı gibi).....

Uyku.....

İştah.....

Fizik aktivite.....

İlişkileri (irritabilite vb.).....

Duyguları öfke, ağlama, intihar vb.).....

Konsantrasyon.....

Diğer.....

IX. DİĞER DÜŞÜNCELER:.....

X. PLAN:.....

Kocaman G, Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımları, İzmir: Saray Tıp Kitapevleri 1994

EK-3

İSTANBUL TIP EĞİTİM HASTANESİ
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM
KOORDİNATÖRLÜĞÜ
AĞRI TANILAMA VE GİRİŞİM FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı

Yaşı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Tanı:

Servis:

| Tarih | Saat | Bölge Baş Gövde Ekstremiteler | Hemşirelik Gir. Önceki Ağrı Puanı (0-10) | Hemşirelik Girişimleri 1.Eğitim 2.Psikolojik destek 3.Pozisyon 4.Soğuk uygulama 5.Sıcak uygulama 6.Masaj 7.Gevşeme 8.Diyet 9.Meşguliyet 10.Analjezik | Hemşirelik Gir. sonraki Ağrı Puanı | Saat | Kullanılan Analjezik Adı, Dozu, Veriliş Yolu | Saat | Hem. adı |
|-------|------|--|---|--|---|------|--|------|----------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Erdine S. Ağrı. İstanbul: Alemdar Ofset, 2000

EK-4

AĞRI DİNDİRME VE MEMNUNİYET SKALALARI

Ağrının Dindirilmesi:

%0-%10-%20-%30-%40-%60-%70-%80-%90-%100
Ağrı hiç dinmedi Ağrı Tümüyle Dindi

Memnuniyet:

Size yapılan ağrı tedavisinden ne kadar memnunsunuz?
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Hiç memnun olmadım Çok memnun oldum

Kocaman G, Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımları, İzmir: Saray Tıp Kitapevleri 1994

AĞRI TANILAMA KONTROL FORMU

| TANILAMA FORMU | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Formuna tarih atılmış mı? | | | | | | | | | |
| 2. Forma hastanın;adı-soyadı | | | | | | | | | |
| Yaşı | | | | | | | | | |
| Cinsiyeti | | | | | | | | | |
| Protokol numarası | | | | | | | | | |
| Tanısı | | | | | | | | | |
| Servisi kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 3. Ağrı bölgeleri doğru olarak işaretlenmiş mi? | | | | | | | | | |
| 4. Ağrı şiddeti ile ilgili bilgiler, şu anda | | | | | | | | | |
| en kötü olduğu zaman | | | | | | | | | |
| en az olduğu zaman | | | | | | | | | |
| kabul edilebilir olduğu zaman | | | | | | | | | |
| kayıt edilmişmi? | | | | | | | | | |
| 5. Ağrı bölgeleri doğru olarak işaretlenmiş mi? | | | | | | | | | |
| 6. Ağrının özellikleri; başlangıcı | | | | | | | | | |
| Süresi | | | | | | | | | |
| Değişiklikleri | | | | | | | | | |
| Ağrının ritmi kayıt edilmiş mi | | | | | | | | | |
| 7.Hastanın ağrı ifadeleri;sözel | | | | | | | | | |
| Davranışsal | | | | | | | | | |
| Duygusal | | | | | | | | | |
| Fiziksel kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 8.Hastanın ağrı giderme önlemleri kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 9. Ağrıyı arttıran durumlar kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 10. Ağrıyı azaltan durumlar kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 11.Ağrının yaşam kalitesine etkileri; eşlik eden bulgular, | | | | | | | | | |
| Duyguları kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 12.Ağrı giderme ile ilgili hasta önerileri kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | |
| 13.Tanılama formuna hemşire paraf atmış mı? | | | | | | | | | |

Üstkan H. Ağrı Yönetimi İle İlgili İgi ve İnançlarının Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

AĞRI İZLEME KONTROL FORMU

| İZLEM FORMU | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Ağrı formuna hastanın adı-soyadı | | | | | | | | | | |
| Yaşı | | | | | | | | | | |
| Tanı | | | | | | | | | | |
| yattığı servis kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 2. Hasta bilgileri kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 3. Ağrı izlem; tarih | | | | | | | | | | |
| saatleri kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 4. Ağrı bölgeleri kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 5. Ağrı izlemi uygun aralıklarla yapılıp / kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 6. Hastaya uygulanan analjeziğin adı | | | | | | | | | | |
| Dozu | | | | | | | | | | |
| Veriliş yolu kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 7. İlaç dışı hemşirelik girişimleri; eğitim | | | | | | | | | | |
| psikolojik destek | | | | | | | | | | |
| Pozisyon | | | | | | | | | | |
| soğuk uygulama | | | | | | | | | | |
| sıcak uygulama | | | | | | | | | | |
| Masaj | | | | | | | | | | |
| Gevşeme | | | | | | | | | | |
| Diyet | | | | | | | | | | |
| Meşguliyet kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 8. Ağrı giderilme düzeyi kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 9. "Notlar" bölümüne uygun bilgiler yazılmış mı? | | | | | | | | | | |
| 10. Her şifitte ağrısız geçen süre kayıt edilmiş mi? | | | | | | | | | | |
| 11. Hastanın ağrısını değerlendiren kişi parafını atmış mı? | | | | | | | | | | |

Üstkan H. Ağrı Yönetimi İle İlgili İlgili ve İnançlarının Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
AĞRILI HASTADA BAKIM PROTOKOLÜ

BÖLÜM : Algoloji Bilim Dalı

KONU : Ağrılı hastada uygulanacak hemşirelik girişimleri

AMAÇ : Hastanın ağrısını en aza indirmek veya önlemek

| SORUMLULUK | İŞLEM |
|----------------|--|
| Hemşire | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ağrı hikayesini alınız. 2. Ağrının sözel olmayan belirtilerini değerlendiriniz. 3. Tekrar tekrar değerlendiriniz. 4. Hastaya yapacağınız her işlem öncesi ve sonrasında yapması gerekenler hakkında bilgi veriniz. 5. Ağrıyı artırabilen bireysel ve çevresel faktörleri azaltınız. 6. Ağrı kontrolünde hasta ile işbirliği yapınız. 7. Hastaya rahat edeceği pozisyonu veriniz. 8. Ağrılı bölgeye sıcak ve soğuk uygulama yapınız. (Kontrendike değilse) 9. Ağrılı bölgeye masaj yapınız. (Kontrendike değilse) Eğer ağrılı bölgeye masaj yapılamıyorsa kontralateral masaj uygulayınız. 10. Hastaya gevşeme tekniklerini öğretiniz. (ritmik solunum, otojenik egzersiz gibi) 11. Hastanın ağrısını kontrol edebilmek için diyet önlemlerini alınız. 12. Hastaya dikkati başka yöne çekme metodunu uygulayınız. (konuşma, şarkı söyleme, müzik, hayal kurma gibi) 13. Verilen analjezikleri düzenli, doğru olarak uygulayınız ve kaydedin. Yan etkilerini gözleyiniz. |

Üstkan H. Ağrı Yönetimi İle İlgili İlgili ve İnançlarının Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

ANKET FORMU

Ç. Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin, Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi

Sevgili meslektaşlarım, bu anket Ç. Ü. Tıp Fak. Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin, ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin araştırılması , sonuçlarının örgün ve hizmet içi eğitimde kullanılması amacı ile planlanmıştır. Soruları içtenlikle ve özenle yanıtlayacağınıza inanıyor katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyorum. Araştırma, amacı dışında kullanılmayacaktır. Lütfen isimlerinizi yazmayınız.

Meltem Akbaş

Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksekokulu

Öğretim Görevlisi

(Boş bırakınız)

Anket No

1-Yaşınız (yazınız)

2- Öğrenim durumunuz;

1- () S.M.L. / A.Ö.F.

3- () Ön Lisans

4- () Lisans

5- () Yüksek Lisans

6-Diğer (yazınız)

3- Mesleki deneyim yılınız..... (yazınız)

4-Çalışma durumunuz;

1- () Vardiyalı

2- () Nöbet

3- () Gündüz

5-Şu anda çalıştığınız bölüm.....(yazınız)

6-Çalıştığınız bölümdeki göreviniz nedir?

1- () Hemşiresi

2- () Sorumlu hemşire

7-Kendinizde herhangi bir kronik ağrı (migren, romatizmal ağrı vs.)deneyiminiz var mı?

- 1- () Evet 2- () Hayır

8-Hemşirelik okulunda ağrı kavramı ve ağrılı hastanın bakımına ilişkin eğitim aldınız mı?

- 1- () Evet 2-() Hayır

9-Cevabınız evet ise bu eğitimi nasıl aldınız?

- 1- () Ağrıyı ayrı bir kavram olarak
2- () Diğer konuların içinde
3- ()Diğer.....(yazınız)

10-Okul eğitiminiz dışında ağrıya ilişkin herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1- ()Evet 2- ()Hayır

11-Cevabınız evet ise nasıl bir eğitimdi?

- 1- ()Hizmet içi eğitim
2- ()Kurs
3- ()Seminer
4- ()Kongre
5- ()Diğer.....(yazınız)

12- Ağrıya ilişkin bir yayın takip ediyor musunuz?

- 1- () Evet 2- () Hayır

13- Cevabınız evet ise bu yayınların isimlerini karşlarına yazınız.

- 1- ()Kitap
2- ()Bilimsel Dergiler
3- ()Radyo televizyon
4- ()Gazete
5- ()Diğer(yazınız)

14- Cevabınız hayır ise nedenlerini işaretleyiniz.

- 1- ()Kaynak yok
2- ()Türkçe yayın yok
3- ()Zamanım yok
4- ()Kendimi yeterli görüyorum
5- ()Konuya ilgim yok
6- ()Diğer.....(yazınız)

15-Çalıştığımız klinikte ağrısı olan hasta ile karşılaşma sıklığımız nedir?

- 1- ()Hemen hemen hiç karşılaşmam
- 2- ()Bazen karşılaşırım
- 3- ()Sıklıkla karşılaşırım
- 4- ()Hemen her zaman karşılaşırım

Lütfen aşağıdakileri soruları yanıtlayınız. Gerekli yerlerde birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1- Klinikte ağrısı olan hastalarınız için uyguladığınız ağrı kontrol yöntemlerini **kullanım önceliklerine** göre sıralayınız.

- () Farmakolojik yöntemler
- () Sıcak ve soğuk uygulamalar
- () Masaj
- () Vibrasyon
- () Müzik dinletme
- () Düşleme/Pozitif düşleme
- () Mentol uygulama
- () Transkütan Elektriksel Sinir Stümulasyonu (TENS)
- () Gevşeme teknikleri
- () Dikkati başka yöne çekme
- () Diğer..... (yazınız)

2- Ağrı kontrol yöntemi uyguladıktan sonra hastanın ağrısının geçip geçmediğini nasıl kontrol edersiniz?

- 1- () Ağrı tanılama formu kullanımım
- 2- () Ağrı izleme formu kullanımım
- 3- () Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları kullanımım
- 4- () Hastayı bireysel ağrı göstergeleri açısından gözlerim
- 5- () Ağrısının geçip geçmediğini sorarım
- 6- () Hasta ağrı ifade etmiyorsa geçmiştir diye düşünürüm
- 7- () Değerlendirme için özel bir şey yapmıyorum
- 8- () Doktordan değerlendirme isterim
- 9- () Diğer (yazınız)

3-Hastanın ağrısının ilaç dışı yöntemlerle giderilmesi konusunda herhangi bir bilginiz var mı?

1- ()Evet 2-()Hayır

4-Cevabınız evet ise açıklayınız

..... (yazınız)

5-Hastanın ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?

1- ()Ağrı tanılama formu sonuçlarını değerlendiririm.

2- ()Ağrı izleme formu sonuçlarını değerlendiririm.

3- ()Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları sonuçlarını değerlendiririm.

4- ()Sözlü ifadeleri değerlendiririm (hasta ve yakınları)

5-()Hastanın veya ailenin tuttuğu ağrı günlüğünü değerlendiririm.

7-()Bazı özel uygulamalardan sonra ağrı beklerim.

8-()Hastanın ağrısının olup olmadığını değerlendirmiyorum

9-()Diğer (yazınız)

6-Sizce ağrı tanılama formları hangi bilgileri içermelidir?

1- ()Hastanın adı, soyadı,yaşı, oda no, tanısı

2- ()Ağrının yerine ilişkin bilgiler

3- ()Ağrının niteliğine ilişkin bilgiler

4- ()Ağrının başlangıcı, süresi ilişkin bilgiler

5- () Ağrıyı ifade tarzına ilişkin bilgiler

6- ()Ağrının etkilerine ilişkin bilgiler

7- ()Hiçbiri

7- Ağrıyı bir cümle ile tanımlayınız.

.....
..... (yazınız)

8-Ağrı teşhis ve tedavide önemli bir;

1-()Semptomdur

2-()Bulgudur

3-()Engelleyicidir

4-()Sendromdur

9-Ağrı , kimyasal, mekanik, termal ve elektriksel uyaranlarla meydana gelir.

1- ()D

2-()Y

10-Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır.

1- ()D 2-()Y

11-Ağrı, doku yaralanması veya psikolojik nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir.

1- ()D 2-()Y

12-Aşağıdaki faktörlerden hangileri bireyin ağrıya cevabını etkiler?

1-()Kültür

2-()Dikkat

3-()Daha önceki ağrı deneyimi

4-()Boy/Kilo

13-Aşağıdakilerden hangileri ağrıyı **artırıcı** etki gösteren faktörlerdendir?

1-()Katater ve tüpler

2-()Buruşmuş yatak takımları

3-()Müzik yayını

4-()Alçı ve bandajlar

14-Ağrı uzun vadede bireyde ne gibi değişikliklere neden olmaz?

1-()Rollerini yerine getirememe

2-()Kısırlık

3-()Anksiyete, stres, ajitasyon, depresyon

4-()Uyku bozuklukları

15- Aşağıda akut ve kronik ağrı çeşitleri verilmiştir. Verilen parantezin içine akut ağrı için A, kronik ağrı için K harfi yazınız.

1-() Migren

2-() Postoperatif ağrı

5-() Kanser ağrısı

6-()Diş ağrısı

16-Ağrısı olan hastada gözlediğiniz **fizyolojik** değişiklikleri işaretleyiniz.

1-()Ağlama, inleme

2-()Nabız ve kan basıncında değişmeler

3-()Solunum hızında artma

4-()Pupillalarda dilatasyon

17-Ağrısı olan hastada gözlediğiniz **davranıssal** değişiklikleri işaretleyiniz.

- 1-()Dikkatte azalma
- 2-()Aşırı terleme, kusma, bulantı
- 3-()İçine kapanma, aşırı hassasiyet
- 4-()Hatırlamada güçlük

18-Analjezik ilaçların verilisinde dikkat edilecek noktalar nelerdir?

- 1-()Doğru doz bilinmelidir.
- 2-()Hastanın analjilere daha önceki cevabı bilinmelidir.
- 3-()İlaç uygulamadan önce hayati belirtiler alınmalıdır
- 4-()Hepsi

19-Narkotik analjeziklerin en önemli komplikasyonu solunum depresyonudur.

- 1- ()D
- 2-()Y

20-Bir hastanın ağrısı plasebo (analjezik etkisi olmayan ilaçların verilmesi) ile giderilirse ağrı gerçek değildir.

- 1- ()D
- 2-()Y

21-Ağrı yoğunluğu hasta tarafından değil klinisyen tarafından değerlendirilmelidir.

- 1- ()D
- 2-()Y

22- Aşağıdakilerden hangisi ağrı kontrol teorilerindendir?

- 1-()Kapı kontrol teorisi
- 2-()Nöropsikolojik teori
- 3-()Nöromüsküler teori
- 4-()Bilmiyorum

23-Aşağıda hastanın çevresindeki ağrıya neden olabilecek faktörlerden bazıları verilmiştir. Bu faktörlerin etkisini en aza indirmek için yapılabilecek hemşirelik girişimlerini karşlarına yazınız.

Ağrıyı artırıcı faktörler.

- 1-()Sıcak ve soğuk uygulamalar
- 2-()Konstipasyon
- 3-()İnkontinans
- 4-()Gürültü

Hemşirelik girişimleri

- Suyun ısısının iyi ayarlanması
-
-
-

24-Bildiğiniz ağrı kontrol yöntemleri nelerdir? Yazınız.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

25- Bay Ali Arda 34 yaşındadır. Geçirdiği bir trafik kazası sonucu çeşitli travmalara maruz kalmış ve bu nedenle hastaneye yatırılmıştır. Ali Beyin üç kosta kemiğinde, pelvis kemiğinde, sağ tibia ve fibula da kırık ve buna ek olarak da yumuşak doku travması vardır. Hasta, acil ameliyattan sonrası yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Çeşitli ağrılara olan bu hastanın ağrı kontrolü için yapılabilecek uygun hemşirelik girişimlerinden üç tanesini yazınız.

.....

.....

.....

.....

ÖZGEÇMİŞ

1965 yılında Osmaniye'nin Kadirli ilçesinde doğan Meltem Akbaş, ilkokul öğrenimini Kadirli'nin Azaplı Köyünde, ortaokul öğrenimini Adana'da, Sağlık Meslek Lisesi öğrenimini ise Erzurum'da tamamladı. 1988 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olduktan sonra, 1988-1990 yılları arasında S.S.K Adana Hastanesinde hemşire olarak, 1990 - 2000 yılları arasında Osmaniye ve Adana Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersleri öğretmeni olarak görev yaptı. 1993-2000 yılları arasında Ç.Ü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Ç.Ü Adana Sağlık Yüksekokulu'nda ücretli olarak çeşitli meslek derslerini yürüttü. 1999 yılında Ç.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitime, 2000 yılında Ç.Ü Adana Sağlık Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisi olarak göreve başladı ve halen burada görev yapmaktadır.

1988 yılından itibaren hemşirelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans ve kurslara katıldı.

Evli ve iki çocuğu olan Meltem Akbaş İngilizce bilmektedir.

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM BAKANLIĞI
DOKÜMANTASYON MERKEZİ