



**ACİL SERVİSLERDE HASTALAR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN YAPILAN AĞRI
DEĐERLENDİRMEŐİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ**

HAZİRAN 2015

Kabul Ve Onay

Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK tarafından hazırlanan "ACİL SERVİSLERDE HASTALAR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN YAPILAN AĞRI DEĞERLENDİRMESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye (Başkan): Doç.Dr. Mevlüde KARADAĞ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Yrd. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez Savunma Tarihi: 25/06/2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

25/ 06/ 2015

ACİL SERVİSLERDE HASTALAR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN YAPILAN AĞRI
DEĞERLENDİRMESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2015

ÖZET

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi Acil Servis Gözlem Üniteleri'nde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirilmesinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Veriler 25.11.2014 ve 15.02.2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini 175 hasta, 35 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, hastaya ait tanıtıcı bilgiler formu, hemşireye ait tanıtıcı bilgiler formu ve McGill Melzack ağrı soru formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzdeler hesapları, ki-kare analizi, kapa uyum analizi ve wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kuruldan ve hastanelerden yazılı izin, hemşire ve hastalardan yazılı onam alınmıştır. Hemşirelerin %74,3'ü hastanın ifade ettiği ağrıyı her zaman doğru bulmadığını ve %85,7'si ağrı değerlendirme bulgularını kayıt etmediğini belirtmiştir. Ağrının tüm boyutları ile ilgili hastaların verdiği puan ortalamaları $20,48 \pm 10,10$ iken, hemşirelerin verdiği $14,35 \pm 8,46$ 'dır. Hastaların ve hemşirelerin ağrının duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli yönlerini gösteren boyutları ile ilgili verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Sonuç olarak, hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri hastalardan önemli derecede düşük bulunmuştur. Sağlık personeli eğitim kurumlarının ve sağlık kurumlarının ağrı yönetimine ilişkin politika ve prosedürlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Bilim kodu : 1032.6

Anahtar kelimeler : Ağrı değerlendirilmesi, acil servis, ağrı, hasta, hemşire

Sayfa adedi : 95

Danışman : Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

COMPARISON OF PAIN EVALUATION MADE BY PATIENT AND NURSES IN EMERGENCY
SERVICES

(M. Sc. Thesis)

Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2015

ABSTRACT

This research was conducted in Ankara University Medical Faculty Cebeci Research and Application Hospital, Ministry of Health Dışkapı Yıldırım Beyazıt Education Research Hospital and Bayındır Hospital Söğütözü Branch emergency service monitoring units as descriptive and comparative for comparing pain evaluation made by patients and nurses. Data was collected between 25.11.2014 and 15.02.2015. The sampling of research consisted of 175 patients and 35 nurses. For collection of data, patient information form, nurse information form and McGill Melzack pain questionnaire form. For evaluation of data, number and percentage calculations, chi square analysis, cappa compliance analysis and wilcoxon sign test were used. For the research to be applied written consent was received from ethical council and hospitals as well as from nurses and patients. 74,3% of nurses stated that they do not think that the pain expressed by patient is always right and that 85,7% of them state that they do not record the pain evaluation findings. While point average given by patients related with all dimensions of pain was $20,48 \pm 10,10$, average given by nurses is $14,35 \pm 8,46$. There is a statistically significant difference between the point averages given by patients ad nurses related with dimensions demonstrating emotional, evaluating, sensual etc. aspects of pain ($p < 0,05$). As a result pain evaluations of nurses were found to be significantly lower than patients. It is suggested that the policy and procedures of health personnel education institutes and health institutes related with pain management should be improved.

Science Code : 1032.6

Key words : Pain evaluation, emergency service, pain, patient, nurse

Number of Pages : 95

Consultant : Assoc. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında katkı ve desteklerinden dolayı Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN'a,

Çalışmanın öneri aşamasında tavsiyelerini ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ'a, Öğr. Gör. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya ve Yrd. Doç. Dr. Deniz Öztürk'e,

Çalışmamın uygulamasını yaptığım acil servis gözlem ünitelerinde çalışan meslektaşlarıma ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara,

Çalışmam boyunca hep yanımda olan eşim Nuri ÇAKMAK'a ve kızım Hatice Kübra ÇAKMAK'a,

Hayatımın ve çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi destekleri ile yanımda olan babam İsmail SUCU'ya, annem Cevriye SUCU'ya ve kardeşlerime teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Ağrı Tanımı	7
2.2. Ağrı Sınıflaması	8
2.2.1. Süresine göre ağrı sınıflaması	8
2.2.2. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflaması	9
2.2.3. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması	9
2.3. Acil Servislerde Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler	10
2.4. Acil Servislerde Ağrı Yönetimi	12
2.4.1. Ağrının değerlendirilmesi	12
2.4.2. Planlanan ağrı tedavisinin uygulanması	13
2.4.3. Ağrı tedavisinin sonuçlarını izleme ve kayıt	14
2.4.4. Hasta ve ailesinin eğitimi	14
2.4.5. Ağrı yönetimini değerlendirme	15
2.5. Acil Servislerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri	15
2.5.1. Tek boyutlu ölçekler	15
2.5.2. Çok boyutlu ölçekler	16

	Sayfa
2.6. Acil Servislerde Ağrı Yönetimi Üzerindeki Engeller	17
2.6.1. Sağlık hizmetleri sistemiyle ilgili engeller	17
2.6.2. Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilgili engeller	19
2.6.3. Hastayla ilgili engeller	21
2.7. Acil Servislerde Ağrı Kontrolü	22
2.7.1. Farmakolojik ağrı kontrolü	22
2.7.2. Non farmakolojik ağrı kontrolü	23
2.8. Kontrol Edilemeyen Akut Ağrının Olumsuz Etkileri	23
2.9. Ağrı Yönetiminin Acil Hemşireliği Açısından Önemi	24
2.10. Ağrı ile ilgili Yapılan Çalışmalar	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	30
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.5. Verilerin Toplanması	31
3.5.1. Veri toplama araçları	31
3.5.2. Araştırmanın ön uygulaması	33
3.5.3. Veri toplama aracının uygulanması	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	61

	Sayfa
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	73
Ek-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu Yazılı İzni.....	74
Ek-2. Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Yazılı İzni.....	76
Ek-3. Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yazılı İzni.....	78
Ek-4. Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi Hastane Yöneticiliği Yazılı İzni	81
Ek-5. Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	82
Ek-6. Hastaya Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu	85
Ek- 7. Hemşireye Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu	86
Ek- 8. McGill- Melzack Ağrı Soru Formu.....	89
Ek-9. McGill- Melzack Ağrı Soru Formu Kullanım İzini	90
Ek-10. Çizelgeler	91
ÖZGEÇMİŞ	95

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1 . Örnekleme oluşturan hastanelerin hasta ve hemşire sayılarının dağılımı	31
Çizelge 4.1. Hastaların sosyo – demografik özelliklerinin dağılımı	37
Çizelge 4.2. Hemşirelerin sosyo – demografik özelliklerinin dağılımı.....	39
Çizelge 4.3. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin dağılımı	40
Çizelge 4.4. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili uygulamalarının dağılımı	41
Çizelge 4.5. Ağrının yerini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı	42
Çizelge 4.6. Ağrının boyutları ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği puanların dağılımı	43
Çizelge 4.7. Ağrının duyuşsal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı	44
Çizelge 4.8. Ağrının duyuşsal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı	45
Çizelge 4.9. Ağrının değęerlendirici boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı.....	46
Çizelge 4.10. Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı.....	46
Çizelge 4.11. Ağrı-zaman ilişkisini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı.....	47
Çizelge 4.12. Ağrıyı arttıran / azaltan faktörler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı	48
Çizelge 4.13. Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı.....	49
Çizelge 4.14. Ağrının boyutları ile ilgili lise ve lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puanların dağılımı	50
Çizelge 4.15. Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili lise ve lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı.....	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklama
%	Yüzde işareti
K	Kappa Değeri
Max.	Maximum Değer
Min.	Minimum Değer
N	Örnekleme Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
Ss	Standart Sapma
\bar{x}	Ortalama
χ^2	Ki-kare
Z	Wilcoxon İşaret Testi
Kısaltmalar	Açıklama
APS	American Pain Society (Amerikan Ağrı Derneği)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
ENA	Emergency Nurses Association (Acil Hemşireleri Derneği)
VAS	Vizuel Analog Skala (Görsel Kıyaslama Ölçeği)
IASP	International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı)
JCAHO	Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification (Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyon)
MPQ	McGill Melzack Pain Questionnaire (McGill Melzack Ağrı Soru Formu)
NCSS	Number Cruncher Statistical System
NSAİİ	Non Steroid Antiinflatuar İlaçlar
PASS	Power Analysis and Sample Size

Kısaltmalar	Açıklama
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı)
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

1. GİRİŞ

Konunun Tanımı

İnsanoğlunun var oluşundan bu yana bilinen ağrı; günümüzde sağlık bilimlerindeki teknolojik ilerlemelere rağmen yetersiz tedavi edilmekte ve hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli semptomların başında gelmektedir (Eti Aslan, Badır 2005). Çeşitli ağrı tanımları yapılmakla birlikte günümüzde en geçerli tanım Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın (International Association for the Study of Pain [IASP]) tanımıdır. IASP ağrıyı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan sensoryal ve emosyonel bir duyum, bir davranış şeklinde tanımlamıştır (<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>). Ancak klinik açıdan en yararlı tanım Mc Cafery'nin ağrı tanımıdır. McCafery ağrıyı, "hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" olarak tanımlamıştır (McCafery 1999). Ağrı bireyin günlük yaşam aktivitelerine engel olan, yaşam kalitesini azaltan hatta hayatını tehdit edebilen bir duyumdur (Büyükyılmaz, Aştı 2009).

Hastanenin tüm klinik ve ünitelerindeki hastalarda ağrı görülmesine rağmen en sık karşılaşıldığı yerlerden biri acil servis üniteleridir. Literatürde, ağrının acil servislere gelen hastaların %70'inden fazlasında birincil sorun ve öncelikli geliş nedeni olduğu bildirilmektedir (Tcherny Lessenot, Karwowski Soulie, Lamarche Vadel, Ginsberg, Brunet, Vidal Treca, 2003; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, Gallacher, 2006). Breivik ve diğerlerinin (2006) 16 Avrupa ülkesini kapsayan araştırmalarında; ağrı prevalansının %12 ile %30 arasında değiştiği, ağrı prevalansının en yüksek Norveç, Polonya ve İtalya'da, en düşük İspanya, İrlanda ve İngiltere'de olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ise Erdine, Hamzaoğlu, Özkan, Balta ve Domaç'ın (2001) 15 ilde yaşayan 3001 katılımcıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, ağrı prevalansı %63,7 olarak saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada ağrının %49,6 oranıyla akut ve %27,9 oranıyla da kronik olduğu belirlenmiştir.

Ağrı, süresine göre akut ve kronik olarak tanımlanmaktadır. Akut ağrı travma, postoperatif ağrı gibi doku hasarına, hastalığa veya kas ya da iç organların anormal fonksiyonuna bağlı olarak ağrılı uyarının meydana getirdiği durum olarak tanımlanmaktadır. Kronik ağrı kanser, kas-

iskelet bozuklukları gibi akut bir hastalıktan veya makul bir iyileşme sürecinden sonra ağrının devam etmesi ile meydana gelmektedir (Önal 2004:3).

Ağrı, nabız, solunum, kan basıncı ve vücut sıcaklığı ile birlikte “beşinci yaşamsal bulgu” olarak değerlendirilmektedir (Tapp, Kropp 2005). Ağrı değerlendirmesi, ağrı algısının bireyler arası farklılık göstermesi ve ağrıya verilen yanıtların çeşitliliğinden dolayı oldukça komplekstir (Özcan, 2006). Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın ağrı ölçeklerinin kullanılması sözel olan bu ifadeyi, sayısal değerlere çevirmekte ve hasta ile sağlık personelinin ağrı algısı arasında ortak bir dil oluşturarak, ağrı yönetiminin etkinliğini artırmaktadır (Pasero, Mc Caffery 2000). Günümüzde ağrı değerlendirmesinde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GÖK) ve Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) klinik ve deneysel ağrı ölçümünde en sık kullanılan ölçeklerdir (Erdine 2007:3-15).

Acil serviste sıklıkla akut ağrı karşımıza çıkmakta ve yeterince tedavi edilmediği bilinmektedir (Miner, Paris, Yealy, 2010: 2410-2428; Macintyre, Schug 2014:7-49). Acil servislere ağrı yönetimi üzerindeki engeller; sağlık hizmetleri sistemiyle, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ve hastayla ilgili olmak üzere üç ana başlıkta toplanmaktadır (Glajchen, 2001:211-218, Institute of medicine, 2011:153-158; Erdine 2007:3-898; Weber, Kelley, 2013:143-158). Acil serviste sağlık hizmetleri sistemiyle ilgili engellere bakıldığında, etkili ağrı yönetiminde zaman eksikliğinin en çok ifade edilen engel olduğu görülmektedir (Schafheutle, Cantrill, Noyce, 2001; Hwang, Richardson, Sonuyi, Morrison, 2006). Walsh ve Dolan (1999) acil servislerin kısıtlı eleman ve her geçen gün artan iş yükü nedeniyle, hemşirelerin hastalarla ilgilenirken fiziksel sıkıntılara öncelik verdiklerini ve ağrı yönetimi gibi sağlık hizmetlerine daha az önem verdiklerini ortaya koyan kanıtlar olduğunu bildirmektedir. Acil serviste sağlık hizmeti sağlayıcıların bir parçası olan hemşirelerin ağrı yönetimiyle ilgili bilgi eksiklikleri literatürde yer almaktadır (Bell, 2002; Horbury, Henderson, Bromley 2005; Kohr, Sawhney 2005; Twycross, 2002). Hemşirelerin ağrı yönetimindeki bilgi eksikliği; hastanın ağrısını olduğundan daha az şiddetli veya hatalı değerlendirilmesi, hastanın ağrı şiddetini olduğundan fazla gösterdiğine inanılması, ağrı tedavisinin tanısal testleri geciktireceği inancı ve bağımlılık endişesi gibi sorunlara neden olmaktadır (Wheeler, Hardie, Klemm, Ibranke, Schonewolf, Scott, 2010). Ağrı ile ilgili yapılan çalışmalar, hemşirelerin bilgi eksikliğinin ağrı yönetimini olumsuz etkilediğini göstermektedir

(Yıldırım 2013; Demir, Yıldırım, İnce, Türken, Akı 2012; Sayın 2010; Duignan, Dunn 2008; Sloman, Rosen, Rom, Shir 2005; Puntillo, Neighbor, O'Neil, Nixon 2003).

Ağrı yönetiminin başarısı, ağrı tedavisini yürüten sağlık ekibi üyelerinin bilgi, davranış, tutum ve klinik karar verme yeteneklerine bağlıdır. Bu ekip içinde hemşire ağrı yönetiminde vazgeçilmez bir role sahiptir (Ferrel, Virani, Grant, Juarez, 2000). Hastayı rahatlatma felsefesi üzerine kurulmuş olan hemşirelik mesleğinin uygulayıcısı olan hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, prevelansını, değerlendirilmesini ve ağrı geçirme yaklaşımlarını bilerek, ekibin aktif bir üyesi olarak çalışmak ve hastayı rahatlatarak iyileşme sürecini hızlandırmaktır (Pirbudak Çöcelli, Bacaksız, Ovayolu, 2008). Aslan ve Badır (2005) ağrı kontrolünde hemşirenin vazgeçilmezliğinin bilinmesine karşın; ağrı tedavisine ilişkin çalışma sonuçlarının ve hastaların ağrı yakınmalarına dayanarak bugün için hemşirelerin de diğer sağlık görevlileri gibi ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıklarını bildirmektedir. Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla hastalarla daha uzun süre birlikte olmaları ve ağrılarını iyileştirmede primer rolleri nedeniyle ağrı yönetimi konusunda bilgiye sahibi olmaları çok önemlidir (Yücel 2000; Eti Aslan 2014: 37-226). Rupp, Delaney (2004) sağlık kurumlarının, ağrı yönetimini ön planda tutacak stratejiler benimsemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu stratejiler; zorunlu ağrı yönetimi, hastalar ve sağlık personeli için devamlı eğitimler ve stratejilerin sürekli değerlendirilmesidir.

İyi bir ağrı yönetimi, ağrı değerlendirmesi ile başlar. Curtiss (2001) başarısız ağrı yönetiminin nedenini hasta ve sağlık personelinin ağrı algısı arasındaki uyumsuzlıktan kaynaklandığını ifade etmektedir. Akut ağrı yönetiminin başarısız olması kısa vadede, kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, metabolik ve nöroendokrin sistem sorunları ile lipoliz ve kas protein yıkımını içeren stres yanıtının ortaya çıkması, uzun vadede ise; hastanede kalış süresinin uzaması, sağlık hizmetleri maliyetinin artması, iş gücü kaybının olması, mortalite ve morbidite oranının artması, yaşam kalitesinin ve hasta memnuniyetinin azalması gibi birçok soruna yol açtığından hasta ve sağlık personelinin ağrı algısı arasındaki uyumsuzluğun belirlenmesi oldukça önemlidir (Eti Aslan, 2005; Mackintosh, Bowless 2009).

Araştırmanın Amacı

Araştırma, acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Aratırmada şu sorulara yanıt aranmıştır;

- Hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirme sonuçları arasında fark var mıdır?
- Acil servislerde hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, düşünce ve uygulamaları nelerdir?

Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde Türkiye’de acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılması ile ilgili araştırmalara rastlanmamıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin, hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi eksikliklerine dikkat çekeceği, ağrı yönetimine ilişkin hemşireler arasında farkındalık oluşturacağı, acil servislerdeki ağrı yönetimi için prosedür belirlenmesine ve hastanın öz bildirimi ile hemşirenin ağrı değerlendirmesi arasındaki tutarsızlığın ortadan kaldırılmasına yardım edeceği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; primer şikayeti ağrı olan, 18-65 yaşları arasında, iletişim kurulabilen, Türkçe konuşabilen, hayati tehlikesi olmayan, ağrı ölçeğini kullanabilecek durumda olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ile acil servis gözlem ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile sınırlandırılmıştır. Acil serviste bulunan triyaj ve yoğun bakım gibi diğer üniteler araştırmaya alınmamıştır.

Tanımlar

Acil servis: Sağlık kuruluşlarında acilen bakılması gereken hastaların ilk bakımlarının yapıldığı yer (<http://www.tdk.gov.tr>).

Ağrı: Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan sensoryal ve emosyonel bir duyum, bir davranıştır (<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>).

Ağrı yönetimi: Ağrı değerlendirmesini, planlanan ağrı tedavisinin uygulanmasını, ağrı tedavisinin sonuçlarını izlemeyi, ağrı tedavisinin sonuçlarını kayıt etmeyi, hasta ve ailesinin eğitimini ve ağrı yönetimini değerlendirmeyi kapsamaktadır (Eti Aslan 2014).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı Tanımı

Ağrının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanoğlu var olduğundan beri ağrı çekmektedir. İnsanoğlu yüzyıllardır tüm yaşamını etkileyen, yaşamının bir parçası haline gelen ağrının gizemini çözmeye çalışmaktadır. Ağrıyı açıklamak için bilim adamları, filozoflar uzun çabalar harcamışlardır (Erdine 2007:3-898). Ağrı teorisi 300 yıl önce Descartes tarafından ortaya atılmış, 20. Yüzyılda yeniden gözden geçirilmiştir. Descartes'in teorisi Melzack ve Wall tarafından gözden geçirilmiş ağrı liflerinin, yollarının ve beyindeki ağrı merkezlerinin araştırılmasında yararlanılmıştır (Lüleci 2006:1-15).

Türk Dil Kurumu ağrıyı "vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı" olarak tanımlamıştır(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=5944). McCafery ağrıyı, "hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" olarak tanımlamıştır (McCafery 1999). Ağrı kişiden kişiye değişebildiği gibi aynı kişide değişik zamanlarda da değişebilmektedir (Önal 2004:1-20). IASP' ye göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan sensoryal ve emosyonel bir duyum, bir davranış şeklinde tanımlanmıştır (<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>). IASP' nin yaptığı tanımlamada ağrının objektif, sübjektif, emosyonel ve psikolojik yönlerinin bir araya getirildiği görülmektedir. Ağrının üç temel özelliğinden söz edilebilir. Birinci özelliği; vücudun belli bölgesinden kaynaklanmış olmasıdır. Ağrının tahribata bağlı olup olmaması değil, hastanın bunu ağrı olarak tanılamasıdır. Ağrının ikinci özelliği; geçmişte insanın yaşadıkları ile doğrudan bağlantılı olmasıdır. Çevremizdeki insanların çeşitli ağrılı olaylara karşı davranışlarının farklı olduğu bilinmektedir. Algısal ağrı eşiği adı da verilen bu durum vücudun bir özelliği olarak karşımıza çıkar. İşte bu özelliğin belirlenmesinde insanın kültürel özellikleri, yaşam biçimi, bulunduğu çevre, aldığı eğitim, cinsiyeti, dili, dini ve birçok diğer inançları da etkili olmaktadır. Ağrının üçüncü özelliği de kolaylıkla ölçülemeyen, öznel, kişisel bir duygu olmasıdır (Eti Aslan 2014: 37-226).

2.2. Ağrı Sınıflaması

2.2.1. Süresine göre ağrı sınıflaması

Akut ağrı

Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrı şeklindedir. Akut ağrı, altı aydan kısa sürelidir ve hemen her zaman nosiseptiftir. Organizmayı korumaya, hasarı lokalize etmeye ve sınırlandırmaya yaramaktadır. Akut ağrıda, otonom sinir sisteminin aktive olmasıyla; taşikardi, hipertansiyon, solukluk gibi belirtiler ortaya çıkar. Akut ağrı sıklıkla bir yaralanma ya da hastalığın ardından ortaya çıkmakta ve ağrıya sıklıkla korku ve anksiyete eşlik etmektedir (Erdine 2003: 261-280; Brook, 2011; Eti Aslan 2014: 37-226; Önal 2004:1-20; D'Arcy, 2011: 35-62). Akut ağrı, beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır. Beklenen ağrı; önceden tahmin edilen ve koruyucu tedbir alınabilen ağrıdır. Diş çekimi, doğum ve postoperatif ağrıdır. Beklenmeyen ağrı; kırık, yanık ve travmalarda görülen ağrıdır (Erdine 2003). Akut ağrının özellikleri; nedeni belirlenebilir, başlangıcı hızlıdır, şiddeti değişkendir, kısa sürelidir ve genel olarak iyileşme gösterir (Pery ve Potter 2011; Vadivelu, Urman, Hines, 2011: 45-54).

Acil serviste sıklıkla akut ağrı karşımıza çıkar. Ağrının nedeni bilinmiyorsa tanı konulması önceliklidir, ancak ağrının semptomatik tedavisi yapılmalı, ağrı şiddeti kabul edilebilir bir düzeye indirilmelidir (Miner ve diğerleri 2010). Akut ağrının etkili bir şekilde tedavi edilmesiyle hastanede kalış süresi kısalır, morbidite ve mortalite azalır, hasta memnuniyeti artar. Analjezi tedavisi ile hasta sakinleşir. Rahat koopere bir hasta ise sözlü uyarılara, fiziki değerlendirmeye, terapötik iletişime daha iyi yanıt verir (Eti Aslan, 2005).

Kronik ağrı

Akut bir hastalıktan veya makul bir iyileşme sürecinde sonra ağrının devam etmesi ile kronik ağrı meydana gelmektedir (Önal, 2004:1-20). Kronik ağrı; fiziksel kondisyonda azalma, uykusuzluk, duygusal kargaşa, depresyon, iş yerinde zorluklar, mali yük, bozulmuş ilişkiler,

kimyasal bağıllık gibi birçok probleme yol açarak ağrı tedavisinin maliyetini artırmaktadır (Akyüz, Gündüz, 2005).

2.2.2. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflaması

Somatik ağrı

Somatik sinirlerden kaynaklanan, keskin, iyi lokalize edilen bir ağrıdır. Sinir köklerinin yayılım yerlerinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir, tanısı kolay konulan ağrılardır. Ani, keskin, baticı, zonklayıcı özellikte olup doku hasarının olduğu bölge ile sınırlıdır. Derin somatik ağrı, kas, ligament, kemik ve fasiadan kaynaklanır. Künt ve zonklayıcı ağrıdır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak adlandırılır (ENA, 2007, Macintyre, Schug 2015: 7-49).

Visseral ağrı

Yavaş başlayan, künt ve sızlayıcı ağrıdır. Kolik veya kramp tarzındadır. Ağrının kaynağı organlardır. Bu ağrı başka bölgelere yansıyan ağrı olarak karşımıza çıkan ağrı tipidir (ENA, 2007; Pekel, 2007).

Sempatik ağrı

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan ağrılardır. Bu ağrı, yanma tarzında olup, ağrıyan bölgede solukluk ve üşüme vardır (Aydın, 2002; Erdine, 2003: 1-62).

2.2.3. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması

Nosiseptif ağrı

Ağrılı uyarının sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)'ne iletdikten sonra hissedilen ağrı tipidir (Vadivelu ve diğerleri, 2011: 45-54).

Nöropatik ağrı

Periferik sinirlerde travma ya da metabolik bir hastalık sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Diyabetik nöropati sırasında ortaya çıkan ağrılar nöropatik ağrıya örnek olarak verilebilir (D'Arcy, 2011: 35-62; Vadivelu ve diğerleri, 2011: 45-54)

Deafferentasyon ağrısı

Periferik veya MSS'deki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların MSS'deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Fantom ağrıları örnek verilebilir (Aydın, 2002).

Reaktif ağrı

Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Miyofasyal ağrı sendromları, refleks sempatik distrofiler, reaktif ağrılara örnek olarak verilebilir (Aydın, 2002).

Psikosomatik ağrı

Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda doku hasarı varmış gibi algılama olmaktadır (Aydın, 2002).

2.3. Acil Servislerde Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler

Bireyin ağrı yoğunluğunun farkında olmasına ağrı algısı denir. Yaş, cinsiyet, kültür, geçmiş ağrı deneyimleri, kişilik özellikleri gibi durumlar ağrının algılanması ve bireyin ağrıya yönelik tepkilerinde önemli role sahiptir (Kuğuoğlu, 2014: 51-56).

Yaş

Kişiler her yaşta ağrıyı deneyimlemelerine rağmen yaşlara göre ağrıya verdikleri tepkiler farklılık göstermektedir. Yaşlılar, soyluluk, dini inançlar, iyi hasta olma arzusu ve ağrıyı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algıladıkları için bu durumu yaşanması ve tolere edilmesi

gereken bir deneyim olarak düşünebilmekte ve ağrılarını bildirmede isteksiz davranabilmektedirler (Babacan, Akçalı 2006; Kuğuoğlu, 2014: 51-56).

Cinsiyet

Yaygın olarak erkeklerin kadınlara göre ağrıya karşı daha fazla sabır gösterdiklerine inanılmakta ve bu farklılığın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı yaşantısı karşısında erkeklerden sabır göstermelerini beklerken, ağrısı olan kadınların ağrıya yönelik emosyonel yanıtlarını daha kolay kabul ettiklerini göstermişlerdir (Kuğuoğlu, 2014: 51-56).

Kültür

Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duyusal eşişe” sahip oldukları bilinmektedir. Ancak kültürel yapı ağrı algılama eşişinde güçlü bir etkiye sahiptir. Kültürel yapının en etkili olduğu durum “ağrı tolerans” düzeyidir. Çoğu kültürde genellikle yüksek ağrı toleransı takdir edilir ve ağrıyı erkeklerin kadınlardan, erişkinlerin de çocuklardan daha iyi tolere etmeleri beklenir. Farklı kültür ve eğitim düzeylerinde ağrı ifadesinde kullanılan terimler de değişmektedir (Babacan ve Akçalı 2006, Kuğuoğlu 2014). Hemşireler farklı dili konuşan ve farklı kültürel geçmişe sahip hastaların ağrısını olduğundan daha az değerlendirebilmektedirler. Ruslar, Asyalılar, Amerikalı yerliler ağrıya dayanma davranışı gösterirler. İtalyanlar, Portorikolular, Yahudiler ağrıyı daha iyi ifade etmeye yatkındırlar (Nayak, Shiflett, Eshun, Levine, 2000).

Geçmiş ağrı deneyimi

Ağrı deneyimi uzun süre anımsanmakta ve ileride yaşanacak ağrıya verilecek tepkiyi büyük ölçüde etkilemektedir. Bireyin ağrı deneyiminde etkili bir ağrı kontrolü sağlanırsa ileride yaşayacağı ağrıya karşı toleransı yükselecektir (Kuğuoğlu 2014: 51-56).

Kişilik yapısı

Kaynağı ister fiziksel ister psikolojik olsun tüm ağrılara eşlik eden bazı duygusal tepkiler vardır. Rahatsızlık, uykusuzluk, korku, anksiyete, bağımlılık, kızgınlık, üzüntü, depresyon ve içe dönüklük ağrı toleransını azaltıcı etki gösterirken, uyku, rahatlama, ilgi, anlayış, dışa dönüklük, moral artışı, analjezik, anksiyolitik ve antidepresanlar ağrı toleransını artırıcı etki gösterirler. Bunların en önemlisi anksiyetedir. Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli ağrılar ile birlikte dir. Anksiyete ve ağrı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir (Aslan, Şelimen 2004; Taylor, Lillis, LeMone, Lynn, 2011; Kuşuoğlu 2014: 51-56).

2.4. Acil Servislerde Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetimi, ağrının değerlendirilmesini, planlanan ağrı tedavisinin uygulanmasını, ağrı tedavisinin sonuçlarını izlemeyi, kayıt etmeyi, hasta ve ailesinin eğitimini, ağrı yönetimini değerlendirmeyi kapsamaktadır.

2.4.1. Ağrının değerlendirilmesi

Ağrıyı kontrol altına almak için öncelikle ağrının değerlendirilmesi gerekir Ağrısı olan hastayı değerlendirmek için uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki ağrının tanımlanması için yardımcı olacağı gibi sonraki değerlendirmeler içinde yol gösterici bir kaynak olacaktır (Yılmaz 2011). Ağrıyı en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. McCaffery ağrıyı, "hasta her ne zaman ağrısının varlığından söz ediyorsa ağrısı vardır" olarak tanımlamıştır (McCaffery 1999). Ancak sadece ağrının "var" ya da "yok" olması değerlendirme için yeterli değildir (Erdine 2003). "Ağrının sadece şiddetini değerlendirmek, müziği sadece gürültü olarak tanımlamak gibidir" (Von Baeyer 2006). İyi bir ağrı değerlendirmesinde eksiksiz öykü almak kilometre taşıdır. Öykü basit, hızlı ve yararlanılabilir özellikte olmalıdır (Lüleci 2006). Ağrı öyküsü; hastanın ağrısının şiddetini, lokalizasyonunu, niteliğini, zamanla ilişkisini, ağrısını arttıran ve azaltan faktörleri, kantitatif ölçümlerini, benzer bulguları daha önce yaşayıp yaşamadığını, daha önce uygulanmış tedavileri, travma / cerrahi varlığını, genel sağlık hikayesini, sistemlerin değerlendirilmesini, her sistem için ağrı sorgulamasını, kullandığı ilaçları, aktivitesindeki artış ve azalışı, bunun yanı sıra yüz ifadesini,

sinirlilik, inleme, iç çekme gibi sesle verilen bilgilerini; duruşu, topallama ya da yürüyüş bozukluğunu, etkilenen bölgeyi ovuşturması ya da desteklemesini, sık sık pozisyon değiştirmesi ya da aynı pozisyonda sürekli kalması gibi özellikleri içermelidir. Ağrıyı tanımlarken amacımız, doğru ve etkin tedaviye ulaşarak ağrıyı kontrol altına almaktır (Yılmaz 2011, avni babacanmed.gazi.edu.tr/posts/download?id=20754).

2.4.2. Planlanan ağrı tedavisinin uygulanması

Günümüzde ağrı tedavisinde yaygın olarak ilaçlar kullanılmaktadır. Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir (Özveren 2011). Akut ağrı kontrolünde şu ilkeler önemlidir; analjezikler, etkili dozda kullanılmalı, opioid korkusundan vazgeçilmeli, analjezikler "gerektiğinde" değil, "saatinde" uygulanmalı, analjezik dozu hastanın gereksinimlerine göre bireyselleştirilmeli, analjezik etkisi değerlendirilmeli; eğer etkili değilse, plan düzenlenip yeniden değerlendirilmeli, doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı, hasta için en uygun veriliş yolu ayarlanmalıdır (Arslan, Çelebioğlu 2004).

Hastanın ağrısı başlamadan önce, zamanında uygulamanın yapılması etkili ağrı kontrolünde yaşamsal önem taşımaktadır. Ağrıyı önlemek tedavi etmekten daha kolaydır. Birçok durumda, "lüzumu halinde" ilaç uygulaması yerine düzenli aralıklarla "saatinde ilaç uygulaması" tercih edilebilmektedir (Pery, Potter 2011: 128-165). Etkili bir analjezi ile akut ağrının olumsuz etkileri en aza indirilmekte, hastanın erken mobilizasyonu, rehabilitasyonu ve hasta memnuniyeti sağlanmaktadır (Miner ve diğerleri 2010).

Ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemlerin kullanılmadığı durumlarda veya farmakolojik yöntemin etkisini artırmak için nonfarmakolojik yöntemlerden de yararlanılmaktadır (Özveren, 2011). Ağrı tedavisinde nonfarmakolojik uygulamalar, hemşirelerin bağımsız rollerini rahatlıkla sergileyebilecekleri bir alandır. Özellikle tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımının arttığı günümüzde hemşirelerin de bu yöntemlere yöneldikleri görülmektedir (Turan, Öztürk, Kaya, 2010).

2.4.3. Ağrı tedavisinin sonuçlarını izleme ve kayıt

Hastanın tepkisine ilişkin kayıtlar, hastanın ağrısı olduğunda bakımını planlamada ve sağlık personeli arasında iletişimi sağlamada kolaylık sağlar (Pery, Potter 2011: 128-165) Yazılı kayıtlar, ağrının görünür olmasını sağlar ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilip, geliştirilmesine, belirli protokollerin oluşturulmasına yardım eder. Bu nedenle maksimum kabul edilebilir ağrı skorunun tanımlanması ve rutin olarak tedavi öncesi ve sonrasında ölçülerek kaydedilmesi gerekmektedir (Pirbudak Çöçelli, Bacaksız, Ovayolu, 2008).

Ağrılı hastanın bakımında en önemli rolü üstlenen hemşirelerin ilaçlarının zamanında, istenilen dozda vermelerinin yanında verilen ilaçların etkileri ve yan etkilerini izlemeleri gerekir. Özellikle opioidlerin akut kullanımlarında ortaya çıkabilecek solunum depresyonu, aşırı sedasyon, bulantı, kusma, konstipasyon gibi komplikasyonların erken tanı tedavisinde hemşirelik bakımının önemi büyüktür (Nancy 2003). Ağrı tedavisinin olası yan etkilerine karşı hemşire iyi gözlem yaparken aynı zamanda komplikasyon gelişen hastaya sorumluluk alanı içinde müdahale etmelidir. Örneğin opioid infüzyonu alan hastada solunum depresyonu geliştiğinde, derhal opioid infüzyonu durdurulmalı, hastaya hava yolu açık olacak şekilde pozisyon verilip oksijen ve ambu hazır bulundurulmalıdır. Bunlar yapılırken bir taraftan hekime haber verilmeli, diğer taraftan da morfinin antagonisti olan naloksan hazırlanmalıdır. Hastanın yaşam bulguları ve bilinç düzeyi yakından takip edilmeli ve kayıt edilmelidir (Can, 2006; Yürügen, 2001). Müdahaleler uygulandıktan sonra hekimin yaptıkları da dahil olmak üzere hastanın tepkisi ve sürekli değerlendirme bulguları kaydedilmelidir (Pery, Potter 2011: 128-165).

2.4.4. Hasta ve ailesinin eğitimi

Hasta ve ailesi, ağrı yönetimi ekibinin bir parçasıdır. Hemşire hasta ve aile eğitimde aktif rol alma, ağrının tanımlanması, ağrı ölçeğinin kullanımı, ağrıyı arttıran ve azaltan etkenler, ağrı tedavisinin seçenekleri ve tedavinin olası yan etkileri konularında eğitim vermelidir (Macintyre ve Schug 2015). Aileye tedavi düzeni açıklanmalıdır. Bağımlılık korkusu hasta ve aile bireylerinin en önemli korkusudur. Bu nedenle hemşire, hasta ve yakınlarını bu olası korku açısından sorgulamalıdır. Ağrıyı hasta yaşamaktadır bu nedenle ağrıyı hafifletmek için yapılan

uygulamalarda bireyin aktif katılımı önemlidir. Eğer hasta yapılacak farmakolojik olmayan uygulamaları ağrı giderici olarak algılamazsa uygulanacak yöntemin etkisi çok az olacaktır. Hasta eğitimi için en iyi zaman, ağrının olmadığı ya da azaldığı durumlar ve tedavi öncesidir.(Pery, Potter 2011: 128-165).

2.4.5. Ağrı yönetimini değerlendirme

Ağrı giderme yöntemlerinin etkinliği değerlendirilmelidir. Bunun için ağrı tedavisinden önce ve sonra hastanın ağrısı ile ilgili bilgiler alınıp kayıt edilmelidir. Duyusal, davranışsal ve bilişsel yanıtları tedavi öncesinde ve sonrasında kıyaslanmalı ve ağrının tedaviye cevabı konusunda son sözün hastaya ait olduğu unutulmamalıdır. Eğer ağrı tedaviye cevap vermediyse, hastadan alınan bilgiler tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden planlama yapılmalıdır (Pirbudak Çöçelli ve diğerleri, 2008, Potter, Perry 2011: 128-165; Taylor ve diğerleri, 2011).

2.5. Acil Servislerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir. Ağrının tipi, hastanın, ölçeği kullanacak hekim ve hemşirenin özelliği gibi birçok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu bilinmektedir. Ağrı ölçümünde kullanılacak yöntemin belirlenmesinde dikkate alınması gereken özellikler; ölçüm yöntemi hasta ve hemşireye minimal yük getirmelidir, hastanın kolayca anlayabileceği şekilde basit olmalıdır, puanlama yapılabilir, uygun güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olmalıdır ve kurumun standartlarına uygun olmalıdır (Konner, 2005; Wall, Melzack, 2006). Günümüzde ağrı değerlendirilmesinde tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler tercih edilmektedir.

2.5.1. Tek boyutlu ölçekler

Sözel kategori ölçeği, Sayısal ölçekler, GKÖ, Burford Ağrı Termometresi (BAT) tek boyutlu ölçekler arasında sayılabilir. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrının şiddetinin

değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin güvenilirliğini izlemede kullanılmaktadır (Fishman ve diğerleri, 2009, D'Arcy2011, Kazanowski, Laccetti, 2008; Brook, P 2011; Macintyre ve Schug 2015; Weber, Kelley 2013).

Sözel kategori ölçeği

Bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir(D'Arcy2011, Kazanowski, and Laccetti, 2008, Brook, P 2011, Macintyre, Schug 2015, Weber, Kelley 2013).

Sayısal ölçekler

Sayısal ölçek, ağrı değerlendirmesinde en çok tercih edilen yöntemdir. "Ağrı yok" ile başlayıp "dayanılmaz ağrı" ile biten bir cetvel ile uygulanır. Bu cetvel 0-5, 0-10 veya 0-100 şeklinde düzenlenmiştir. En düşük rakam ağrı olmadığını ifade ederken, en yüksek rakam şiddetli ağrı varlığını ifade eder (D'Arcy2011, Kazanowski, Laccetti, 2008; Brook, 2011, Macintyre, Schug 2015, Weber, Kelley 2013).

Görsel kıyaslama ölçeği

Bir ucunda ağrısızlık bir ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik dikey ya da yatay bir çizgi üzerine hastanın kendi ağrısını işaretlemesine dayanır (D'Arcy 2011; Kazanowski, Laccetti, 2008; Brook, P 2011; Macintyre, Schug 2015; Weber, Kelley 2013).

2.5.2. Çok boyutlu ölçekler

MASF, Anımsatıcı ağrı Değerlendirme Kartı, Kısa Ağrı Sorgulaması çok boyutlu ölçekler arasında sayılabilir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır (Eti Aslan 201437-226; Fishman ve ark 2009; Erdine 2006).

McGill Melzack ağrı soru formu

Bu form 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağrı yeri, derin ve yüzeyselliği ölçülmektedir. İkinci bölümde ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ağrının zamanla ilişkisi tanımlayan kelimeler ve ağrıyı artıran/azaltan faktörlere ilişkin açık uçlu sorular bulunmaktadır. Dördüncü bölümde ise ağrının şiddeti sorgulanmaktadır (Eti Aslan 2014: 37-226).

Anımsatıcı ağrı değerlendirme kartı

Ağrının azalışı ve hastanın ruhsal durumunun GKÖ ile değerlendirilmesinden oluşur. Bu değerlendirme yönteminin en önemli avantajları işlemin çok kısa sürmesi, diğer ağrı ve psikolojik durumu ölçen yöntemlerle korelasyon göstermesidir (Fishman ve diğerleri, 2009).

Kısa ağrı sorgulaması

Ağrının kaynağı, ön tedaviler ve etkileri belirlenir. Ağrı yerinin şekil üzerinde çizilmesi ve ağrı şiddeti(en kötü, en iyi, ortalama) günlük aktiviteyle ağrı değişiklikleri gibi ağrı niteliğini belirleyici unsurların gruplandırılmasından oluşur (Eti Aslan 2014, Fishman ve diğerleri, 2009).

2.6. Acil Servislerde Ağrı Yönetimi Üzerindeki Engeller

Acil serviste sıklıkla akut ağrı karşımıza çıkar (Miner ve diğerleri 2010). Yetişkin hastalarla yapılan çalışmalarda akut ağrı yönetiminin yetersiz olduğu sürekli vurgulanmaktadır (Miner, Paris, Yealy, 2010: 2410-2428; Macintyre, Schug 2015:7-49). Ağrı yönetimindeki engeller sağlık hizmetleri sistemine bağlı, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilgili ve hastayla ilgili olmak üzere üç ana başlıkta toplanmaktadır (Glajchen 2001:211-218, Institute of medicine 2011: 153-158; Erdine 2007:3-898; Weber, Kelley 2013:143-158; Fishman ve diğerleri, 2009).

2.6.1. Sağlık hizmetleri sistemiyle ilgili engeller

Sağlık hizmetleri sistemine bağlı engeller; zaman eksikliği, kurumlarda ağrı tedavi rehberlerinin olmaması, narkotik analjeziklere ulaşmada engeller, reçetede sınırlamalar, sağlık personeli

eğitiminde ağrı ve tedavisine yönelik yetersiz eğitim ve is odaklı çalışmadır (Glajchen 2001, Instute of medicine 2011,Erdine 2007, Weber, Kelley 2013, Fishman ve diğerleri, 2009).

Zaman eksikliği

Acil serviste etkili ağrı yönetiminde zaman eksikliğinin en çok ifade edilen engel olduğu görülmektedir (Schafheutle ve diğerleri, 2001, Hwang ve diğerleri, 2006). Acil servislerde kısıtlı eleman ve her geçen gün artan iş yükü gibi sorunların olması ile birlikte hemşirelerin de hastalarla ilgilenirken fiziksel sıkıntılara öncelik verdikleri ve ağrı kontrolü gibi sağlık hizmetlerine daha az önem verdikleri açıktır (Duignan, Dunn, 2008).

Ağrı yönetimi ile ilgili sağlık politikalarının eksikliği

Uluslararası sağlık kuruluşları (Amerikan Ağrı Derneği, [APS]; Sağlık Hizmetleri rgtlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu [JCAHO]), hastanelerde ağrı yönetiminin yetersiz olduğunu, bunun nedeninin ağrının ve nedeninin sistematik bir Şekilde değerlendirilememesi olduğunu belirtmiştir. Ağrı değerlendirmesini belli bir plana göre yapılması ağrı değerlendirilmesinde tutarlılığı sağlamaktadır. JCAHO' nun standartlarına göre "ağrı tüm hastalarda değerlendirilmelidir" ve "ağrı değerlendirilmesinde ve yönetiminde en güvenilir kaynak hastanın kendisidir".

JCAHO tarafından belirlenen ağrının değerlendirilmesine yönelik standartlar şunlardır: ağrı düzenli olarak değerlendirilmelidir. Ağrı değerlendirmesi ve yönetiminde sağlık çalışanı eğitilmelidir, ağrı değerlendirmesi hastanın yaşına uygun olmalıdır, ağrının şiddeti ve kalitesi (zelliği, lokalizasyonu, sıklığı ve süresi) sorulmalı ve ağrı değerlendirmesi kaydedilmelidir.

Bu standartlar ağrı yönetiminin önemini yansıtılmaktadır ve "Beşinci Yaşam Bulgusu" olarak ağrının, solunum, nabız, kan basıncı ve vücut sıcaklığı gibi değerlendirilmesi gerekmektedir (D'Arcy, 2011:35-62). Sağlık kurumlarının, ağrı yönetimini ön planda tutacak stratejiler benimsemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu stratejiler; zorunlu ağrı yönetimi, hastalar ve sağlık personeli için devamlı eğitimler ve stratejilerin sürekli değerlendirilmesidir (Rupp, Delaney, 2004).

2.6.2. Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilgili engeller

Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilgili engeller; bilgi ve deneyim eksikliği, ağrının sistematik olarak değerlendirilmesinde yetersizlik, narkotik analjeziklerin yan etkileri, tolerans ve doz ayarı, analjezikler hakkında yanlış inanışlar, yeni geliştirilen yöntemlerin ve non farmakolojik yöntemlerin yaygın kullanılmaması, narkotik analjeziklerin bağımlılık yapacağı korkusu, ekip yaklaşımının olmaması ve iletişim eksikliğidir (Wheler ve diğerleri, 2009; Park, Fulton 2000; ENA 2007, Macintyre, Schug 2015).

Hemşirelerin bilgi eksikliği

Dünya’da ve Türkiye ‘de tıp ve hemşirelik ders kitapları incelendiğinde yakın zamana kadar, ağrıya ya hiç ya da çok az yer verildiği, tıp ve hemşirelik müfredatlarında ağrı kontrolüne ilişkin bir dersin bulunmadığı görülmektedir (Eti Aslan 2014: 37-226). Sayın’ın (2010) hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesine ilişkin yaptığı çalışmada, hemşirelerin %55,81’i gibi yarıdan fazla bir oranı hemşirelik eğitimi öğretimi programı süresince ağrı yönetimine ilişkin eğitim almadığını bildirmiştir. Hemşirelerin opioid analjezik ilaçlar, bağımlılık korkusu, tolerans ve ağrıyı sistematik bir şekilde tanılama konularında yeterli bilgiye sahip olmadığı bildirilmektedir. Hemşirelerin, hemşirelik müfredatında ağrı yönetimi ile ilgili yetersiz eğitim almış olmaları bilgi eksikliğinin en yaygın nedeni olarak gösterilmektedir (Potter ve Perry 1995; Özer ve ark. 2006).

Ağrı, subjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Bu nedenle sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik varsayımları hatalı yaklaşımlara yol açabilir. Sağlık çalışanları tarafından yanlış anlaşılan yaygın inanış, hastanın ağrısının şiddetine karar vermede kendilerini nitelikli görmeleridir. Literatürde hemşire ve hastaların ağrıyı değerlendirdikleri birçok çalışma yapılmıştır. Araştırmaların çoğunluğu hemşirelerin hastaların ağrılarını hafife aldıklarını göstermektedir (Puntillo ve diğerleri, 2003; Duignan, Dunn 2008; Koga Ferreira ve diğerleri 2014). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun, ağrıyı değerlendirmek için ağrı skalasını kullanmadığı, çoğunlukla hastanın ağrı şiddetini ve ağrısını tanımlama konularında karar vermekte zorlandıkları ve hastanın ağrısının giderilmesi

konusunda etik olarak fazla ilaç verme ve bağımlılık konusunda ikilem yaşadıkları saptanmıştır (Demir ve diğerleri, 2012).

Narkotik analjeziklerin yan etkileri ve bağımlılık yapacağı korkusu

Opioid analjeziklerin bağımlılık yaratma korkusu ağrı tedavisinin yetersiz olmasında en sık rastlanan nedenler arasındadır. Oysa ki ABD’de değişik nedenlerle opioid tedavisi uygulanan hastalarda bağımlılık gelişme oranı %1’den daha az olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda opioid kullanan hastalarda solunum depresyonu; yaygın bir endişe, buna karşın yaygın olmayan bir komplikasyondur. Opioidlerin intramüsküler, intravenöz ve epidural yolla verilmesi üzerine temellenen çalışmalar, opioidle ilgili solunum depresyonu oranının %1’den az olduğunu göstermektedir (Eti Aslan, 2006).

Yeni geliştirilen yöntemlerin ve non farmakolojik yöntemlerin yaygın kullanılmaması

Swope (2002) Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)’ nin hemşirelerin zamandan tasarruf sağlamasına yardımcı olduğu ve hastalara ayrılan zamanı %20 oranında azalttığını belirlemiştir. Yine aynı araştırmada; HKA’ nın hastanede kalış süresini kısalttığı ve acil servise başvuran 50 hastada intramüsküler opioid yerine intravenöz opioide geçilmesi ile; acil servise gelişlerin %44, acil serviste kalma süresinin %25 oranında azaldığı görülmüştür.

İletişim eksikliği

Hemşirenin kendisine ait özellikleri de hasta ile iletişim kurmasının önünde bir engeldir. Hemşirenin, kişiliği, rolü, hastaya bakış açısı, mesleğine karşı sevgisi, maddi ve doyum, tükenme düzeyi, karamsarlığı, hastayla ilgili düşünceleri, duyguları, hastayı bir insan olmaktan çok, bir olgu ya da bir hastalık olarak görmesi, hastayla duygusal ve bilişsel düzeyde ilişki kuramaması, hastaya durumu ile ilgili gerekli açıklamaları yapmaması, hastaya güven vermemesi hasta-hemşire ilişkisini olumsuz yönde etkileyecektir (Özcan 2006).

2.6.3. Hastayla ilgili engeller

Davranışsal ve iletişimsel engeller

Hastalarla ilgili ağrı yönetimi engelleri genellikle ağrı yönetimi ve ağrıyla ilgili kavram yanlışlarına dayanır ve tutumsaldır. Bu engeller aşağıda belirtilmiştir.

- Sessizlik içerisinde acı çekenlerin metanetine hayranlık duyulan, acılarını açığa vuranların kötülendiği toplumsal bakış altında, hastalar acı çekmenin 'soylu' bir davranış olduğunu düşünerek baskılanmış olabilirler.
- Ağrının teşhise yardımcı olabileceği ve tedavi edici olduğu gibi anonim bir inançla kaderci anlayışa sahip olabilirler.
- İyi hastaların ağrıları hakkında konuşmayanlar olduğu düşünülmektedir. Ağrılarından bahseden hastaların sağlık profesyonelinin dikkatini dağıtacağı için hastalıkların teşhis ve tedavisini önleyeceği gibi iletişimsel korkular yaşamaktadır.
- Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli ağrılar ile birlikte. Anksiyete ve ağrı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir (Duignan, Dunn, 2008).

Bilgi eksikliği

Ağrının tanımlanması, ağrı ölçeğinin kullanımı, ağrıyı arttıran ve azaltan etkenler, ağrı tedavisinin seçenekleri, tedavinin olası yan etkileri konularında hasta bilgilendirilmelidir. Bilgi eksikliği ağrı kontrolünde hasta işbirliğini güçleştirir. Hastanın bilgilendirilmesi ile hastanın anksiyetesi, ağrı şiddeti, analjezik kullanım miktarı azalır (Macintyre, Schug 2014; Perry, Potter, 2011: 128-165).

Bağımlılık ve tolerans gelişme korkusu

Analjeziklerin bağımlılık sistemine zarar vererek, analjezik etkilere karşı hastanın tolerans geliştirebileceği ve analjezik kullandıkları zaman vücutlarında olabilecek değişimlerin farkında olmayacakları gibi sonuçlara dayalı korkular (Duignan, Dunn, 2008).

Alkol ve uyuşturucu

Hastaların tıbbi geçmişlerine dair doğru bilgi verememelerine yol açabileceğinden sağlık profesyonelinin doğru ağrı değerlendirmesi yapmasını engellemektedir (Duignan, Dunn, 2008).

2.7. Acil Servislerde Ağrı Kontrolü

2.7.1. Farmakolojik ağrı kontrolü

Dünya Sağlık Örgütü' nün (World Health Organizations, [DSÖ]) basamak tedavisine göre; birinci basamakta non steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve parasetamol yer alır. Bununla hastanın ağrısı geçmiyorsa tedaviye ikinci basamak zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir. Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviler (güçlü opioidler-fentanil, morfin) başlanır. Her basamakta tedaviye destek olacak, kendisi analjezik olmayan ancak ağrılı durumlarda kullanılan adjuvan ilaçlar da eklenebilir. Basamak değişimi için en az 24 saat geçmelidir. Her 3 basamakta da tedavide adjuvan ilaçlar kullanılabilir (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>).

Acil ünitelerinde ağrı kontrolünde kullanılacak farmakolojik ajanların özellikleri; hipotansiyon, solunum depresyonu gibi yan etkileri minimum düzeyde olmalı, genel etki her hastada aynı olmalı, kolaylıkla ve çok az ağrı ile uygulanabilmeli, kısa süreli ve kontrol edilebilir etki süresi olmalı ve düşük dozlarda istenilen etkiyi gösterebilmelidir (Fullerton 2002; Yücel 2004).

2.7.2. Non farmakolojik ağrı kontrolü

Non farmakolojik ağrı kontrolü, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Araştırmacılar, ağrının azaltılmasında ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanmasının, sağlık profesyonelleri ile empatik ilişkiler doğuran iyileşme hissi uyandırıcı yapıda ve direkt olarak hastaya yönelik ilgi ve bakım özelliğine sahip oldukları için başarılı sonuçlar yarattıklarını ifade etmektedirler (Yavuz 2014). Non farmakolojik yöntemler; bireysel kontrol duygusunu artırmak, zayıflık hissini azaltmak, aktivite düzeyi ve fonksiyonel kapasiteyi artırmak, stres ve kaygıyı azaltmak, ağrı davranışı ve odaklanmış ağrı düzeyini azaltmak, tedavinin yan etkilerini ve analjezik ilaçlarının dozlarını azaltmak, amacıyla kullanılabilir (Turan ve ark., 2010; Sabuncu ve Akça, 2011). Non farmakolojik tedavide bilişsel ve periferal teknikler kullanılmaktadır. Bilişsel teknikler; ağrının algısal, duygusal, davranışsal boyutu olduğu ve ağrılı kişinin sadece algısal değil bireyin ağrıya verdiği anlamlarla ilgili olduğu varsayımından hareketle oluşmuştur. Gevşeme, dikkati başka yöne çekme ve hipnoz bilişsel teknikler içinde yer almaktadır. Periferal teknikler; transkutan sinir stimülasyonu (TENS), sıcak ve soğuk uygulama, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlama / dinlendirme ve masaj postoperatif ağrıyı gidermek için kullanılan fiziksel teknikler içinde yer almaktadır (Özveren 2011).

2.8. Kontrol Edilemeyen Akut Ağrının Olumsuz Etkileri

Kontrol edilmeyen akut ağrının kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, endokrin ve metabolik, iskelet ve kas sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır. Ağrı kontrolünün sağlanamadığı durumlarda aşağıda sıralanan bir çok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir (Huang, Cunningham, Laurito, Chen 2001; Özyuvacı, Altan, Yücel, 2003; Bozkurt ve diğerleri, 2009; Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Kardiyovasküler Sistem

Taşikardi, hipertansiyon, periferal vasküler dirençte artış, miyokardiyal oksijen tüketiminde artış, miyokard iskemisi, bölgesel kan akımında değişiklik, derin ven trombozu, pulmoner emboli gibi komplikasyonlara yol açar (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Solunum Sistemi

Akciğer kapasitesinde azalma,hipoksi, atelektazi, mukus retansiyonu, enfeksiyon ve hipoksemiye neden olur (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Gastrointestinal Sistem

Mide ve bağırsak hareketlerinde azalmaya yol açar (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Üriner Sistem

Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar retansiyonuna neden olur (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Endokrin ve Metabolik Sistem

Akut ağrıya yanıt olarak glukagon, büyüme hormonu, vazopressin, aldesteron, renin ve anjiotensin gibi katabolik hormonlarda artış olurken; insülin, testosteron gibi anabolik hormonlarda azalışa neden olur. Katabolizma, protein yıkımında artışa ve nitrojen dengesinde bozulmaya yol açar (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

İskelet ve Kas Sistemi

Kas spazmı, hareketsizlik meydana gelir (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

Psikolojik Etkiler

Anksiyete, korku, çaresizlik, uykusuzluga neden olur (Macintyre ve Schug 2015: 7-49).

2.9. Ağrı Yönetiminin Acil Hemşireliği Açısından Önemi

Ağrının yönetimi, sağlık bakımının temel ve önemli konularından biridir. Akut ağrı yönetiminde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirme ya da ortadan kaldırma, yaşam kalitesini yükseltme, komplikasyon gelişmesini ve hastanede kalış süresini azaltma, ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmamasını sağlamaktır. Bunların yanında etkili ağrı yönetimi hasta memnuniyetini de artırır (Arslan ve Çelebioğlu 2004; Eşer, Khorshid, Gürol Arslan, 2008; Yılmaz, Özüm, Gürler, Selda Çiftçi, 2010; Eti Aslan, 2014: 37-226).

Ağrı tedavisi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir. Bu ekibin vazgeçilmez üyesi hemşiredir. Hastayı rahatlatma felsefesi üzerine kurulmuş olan hemşirelik mesleğinin uygulayıcısı olan hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, prevalansını, değerlendirilmesini ve ağrı geçirme yaklaşımlarını bilerek, ekibin aktif bir üyesi olarak çalışmak ve hastayı rahatlatarak iyileşme sürecini hızlandırmaktır (Pirbudak Çöçelli ve diğerleri, 2008). Hemşire sık aralıklarla sürekli olarak ağrıyı değerlendirmeli; en iyi kaynak olan hastayı, değişen ağrı karakterini ve bireye etkili olan tedavileri dikkate almalıdır. Bu şekilde sürdürülen izlem hem uygun analjezik tedavinin belirlenmesine, hem de olası yan etkilerin zamanında saptanmasına olanak sağlar (Erdine 2007; Pasero 2003).

Acil servislerde kısıtlı eleman ve her geçen gün artan iş yükü gibi sorunların olması ile birlikte hemşirelerin de hastalarla ilgilenirken fiziksel sıkıntılara öncelik verdikleri ve ağrı kontrolü gibi sağlık hizmetlerine daha az önem verdikleri açıktır (Walsh, Dolan, 1999). Hemşireyi, ağrısının olduğuna inandırmak hastanın sorumluluğunda değildir. Hemşirenin sorumluluğu hastaya inanmaktır (Pery, Potter 2011: 128-165). Ağrı değerlendirilmesinde hastanın ağrı bildirimine güvenilmesi ve dikkate alınması en doğru yaklaşım olmakla birlikte, genel olarak ağrıya ilişkin çalışmalar hemşire ve hekimlerin hastaların ağrılarını değerlendirmede hataları olduğunu göstermektedir (Özer, N., Bölükbaş, 2001; Özer S., Akyürek, Başbakkal 2006; Demir ve diğerleri, 2012). Yıldırım (2013) total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimine ilişkin çalışmasında hemşirelerin %63,9' unun hastaların genellikle ağrısını abarttığını düşündüklerini ve %58,3'ünün "hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa, daima doğrudur" ifadesine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Demir ve diğerlerinin (2012) hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesine ilişkin çalışmalarında, hemşirelerin ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranışlarını ölçen 16 soruluk anketten 10.76 ± 1.98 puan aldıkları saptanmıştır. Bu sonuç, bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Lüzum halinde istem yapılan ilaçların kullanım sıklığı hastaların kendi ağrı değerlendirmeleriyle örtüşmemektedir. Yani hastaların ağrı şiddeti önceki değerlendirmeye göre yükselmesine karşın, hemşirelerin aynı ilaçları aynı dozda vermeye eğilimli oldukları belirtilmektedir (Eti Aslan 2014: 37-226). Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir kaynak ağrıyı yaşayan bireyin ifadesi olmasına karşın, hekim ve hemşirelerin hastalara ağrıları hakkında soru sormadıkları ve

ağrı bildiriminde sıklıkla kendi klinik yargılarını kullandıklarına dair kanıtlar bulunmaktadır (Yıldırım 2006, Duignan, Dunn, 2008). Bugün için hemşirenin bu sorumluluğu tam olarak yerine getirebildiğini söylemek pek olası değildir. Çünkü hastaların yakınmalarının başında halen ağrı gelmekte ve ağrı bir sorun olmaya devam etmektedir (Eti Aslan, 2014: 37-226).

Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan, hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre ile birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması ve sonuçlarını izlemesi, empati yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (Eti Aslan 2014:37-226). Tüm bunları yapabilmesi için de öncelikle ağrıyı değerlendirmesi önemlidir (Road, 2007). Hemşire hastayı acil servis hemşirelerinin bilgili olduğuna ve ağrısının en kısa sürede, etkili bir şekilde tedavi edileceğine inandırmalıdır. Spesifik bir zaman dilimi içerisinde hemşirenin ilgisi ve yerinde yapılan tedavi hastanın konfor seviyesinin artmasına yardım edecektir (Baran 2000; Jackson 1995).

2.10. Ağrı ile ilgili Yapılan Çalışmalar

Abdalrahim ve diğerlerinin (2008) postoperatif dönemdeki hasta kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin %95,7'sinin ağrıyı ölçmek için ölçek kullanmadığı bildirilmiştir.

Algier, Abbasoğlu, Pınar, Şahin, Temurlenk, ve Atay'ın (2004) travmalı hastalarda hemşirelik girişimlerine yönelik yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin travmalı hastalarla ilgili kaydettikleri girişimlerin içinde ağrı ile ilgili olanların %8.2 oranıyla son sıralarda yer almasını oldukça düşündürücü bulmuşlardır.

Ay ve Ecevit'in (2010) postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili çalışmalarında hemşirelerin %67,7'sinin ağrıyı ölçmek için ölçek kullanmadığı ve hemşirelerin ağrının giderilmesine yönelik yaptıkları uygulamaların %77,2'sinin hekim istemine yönelik tedaviye ait olduğu bildirilmiştir.

Bağdatlı ve Eşer (2010)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin, hastaların ağrısı şiddetini daha düşük değerlendirdikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Demir, Yıldırım, İnce, Türken ve Akı (2012) ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun, ağrıyı değerlendirmek için ağrı ölçeği kullanmadığı (%66,7), çoğunlukla hastanın ağrı şiddetini ve ağrısını tanımlama konularında karar vermekte zorlandıkları ve hastanın ağrısının giderilmesi konusunda etik olarak fazla ilaç verme ve bağımlılık konusunda ikilem yaşadıklarını saptamıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranışlarını ölçen 16 soruluk anketten $10,76\pm 1,98$ puan aldıkları saptanmıştır. Bu sonuç, bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Duignan ve Dunn'un (2008)'un acil servislerde hasta ve hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri arasındaki uyumun belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada, hastaların belirlediği ağrı şiddeti ortalamaları 6,4 iken, hemşirelerin belirlediği ağrı şiddetinin 5,2 olduğu bildirilmiştir. Hastaların ağrı şiddetine dair öz bildirimleri ile hemşirelerin ölçtüğü ağrı şiddeti arasında tutarsızlık saptanmıştır.

Düzel (2008)'in hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması ile ilgili yaptığı çalışmada, hemşirelerin ağrı yönetimiyle ilgili bilgilerini sağlık müdürlüğünün verdiği ya da buna benzer kurumların eğitimlerinden (%2,6), hizmet içi eğitim programlarından (%26,3), iş sirkülasyonundan (% 15,8'i) ve temel mesleki eğitiminden (% 55,3) aldığı belirlenmiştir.

Modanloo, SeyyedFatemi, Bastani, Peyravy, Behnampoor, Hesam ve Abdollahi'nin (2010) hastaların ve triyaj hemşirelerinin ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması ile ilgili çalışmalarında hastaların bildirdiği ağrı şiddeti $9,13\pm 1,26$ iken, hemşirelerin bildirdiği ağrı şiddetinin $7,60 \pm 2,1$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Hemşirelerin %67'si hastaların ağrısını düşük hesaplamışken, yalnızca %5'i yüksek hesaplamıştır.

Özer, Akyürek ve Başbakkal'ın (2006) hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi ile ilgili çalışmalarında, hemşirelerin bilgi ve davranış puanı

ile ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğu (8.65) ve hemşirelerin %74,5'inin ağrıyı ölçmek için ölçek kullanmadığı belirlenmiştir.

Özer ve Bölükbaşı'nın (2001) postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmalarında ise hemşirelerin %94,3'ünün temel mesleki eğitimleri sırasında ağrı yönetimi ile ilgili bilgi aldığı ve %69,2'sinin ağrısını ifade eden hastaya her zaman inanmadığı belirlenmiştir.

Puntillo, Neighbor, O'Neil, Nixon'un (2003) acil servislerde hasta ve hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri arasındaki uyumun belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada, hastaların ifade ettiği ağrı şiddeti $7,7 \pm 2,2$ iken, hemşirelerin belirlediği ağrı şiddetinin $4,2 \pm 2,3$ olduğu bildirilmiştir. Hastaların ağrılarının önemli şekilde düşük hesaplandığı belirlenmiştir.

Sayın'ın (2010) genel cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, hemşirelerin %55,81'i temel mesleki eğitimi süresince ağrı yönetimine ilişkin eğitim almadığı ve %65,12'sinin ağrı tanılmasında ölçek kullanmadığı belirlenmiştir.

Sloman, Rosen, Rom ve Shir'in (2005) alışmalarında, hemşirelerin bakım verdikleri hastalarının, ağrı algısını, ağrılarının etkilerini, istirahat ve hareket halindeyken ağrılarını ve genel ağrı şiddetlerini önemli ölçüde düşük hesapladıkları saptanmıştır.

şahin, Temurlenk, Atay, Duman ve Akan (2003) travmalı hastalarda kullanılan hemşirelik girişimlerini incelemek için yaptıkları çalışmada, hemşire gözlem formuna kaydedilen 700 uygulamanın yalnızca %5,4'ünün ağrıyla ilgili uygulamalar ve bu kayıtların %76,3'ünün de hekim istemine göre analjezik uygulaması ile ilgili olduğu, ağrı değerlendirmenin ise sadece %23,7 gibi düşük oranda olduğu belirtilmiştir.

Yıldırım'ın (2013) total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi ile ilgili yaptığı çalışmada, hemşirelerin %63,9'unun "hastaların genellikle ağrısını abarttığını düşünürüm" ifadesine katıldıklarını ve %58,3'ünün "hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa, daima doğrudur" ifadesine katılmadıklarını tespit etmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi acil servis gözlem ünitesine alınan hastalar ve onlara bakım veren hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Acil servise gelen hastalar tedavileri tamamlanana kadar gözlem ünitesinde tutulmaktadır. Gözlem ünitesinde hastaların ve hemşirelerin ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılmasına imkan veren vakit bulunmasından dolayı araştırma gözlem ünitesinde yapılmıştır.

Türkiye’de üniversite, devlet ve özel hastanelerin olmasından dolayı bu hastaneler seçilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi’ne günlük ortalama 650 hasta girişi yapılmaktadır. Serviste, iki tane gözlem ünitesi olup toplam 27 yatak kapasitesine sahiptir. Gözlem ünitesinde, günlük takip edilen hasta sayısı ortalaması 300, çalışan hemşire sayısı yaklaşık 30 ve her vardiyada çalışan hemşire sayısı ise beştir. Hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 60’tır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Hemşireler acil gözlem ünitesinde ağrı değerlendirmesi için bir ölçek kullanmamaktadır.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi’ne günlük ortalama 880 hasta girişi yapılmaktadır. Serviste üç tane gözlem ünitesi olup 35 yatak kapasitesine sahiptir. Gözlem ünitesinde günlük takip edilen hasta sayısı ortalaması 400, çalışan hemşire sayısı yaklaşık 30 ve her vardiyada çalışan hemşire sayısı ise altıdır. Hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 70’dir. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde

çalışmaktadırlar. Hemşireler acil gözlem ünitesinde ağrı değerlendirmesi için bir ölçek kullanmamaktadır.

Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi Acil Servisi'ne günlük ortalama 70 hasta girişi yapılmaktadır. Serviste bir tane gözlem ünitesi olup yedi yatak kapasitesine sahiptir (iki yatak çocuk, beş yatak erişkin hastalar için ayrılmıştır). Gözlem ünitesinde günlük takip edilen hasta sayısı ortalaması 60, çalışan hemşire sayısı 15 ve her vardiyada çalışan hemşire sayısı ise üçtür. Hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 20'dir. Hemşireler 07.00-16.00, 15.00-24.00 ve 24.00-08.00 olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Hemşireler acil gözlem ünitesinde sayısal ağrı ölçeğini kullanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ankara Büyük Şehir Belediyesi sınırları içinde yer alan bütün hastaneler oluşturmuştur. Örneklem kapsamına alınan hastanelerin belirlenmesinde, Ankara Büyük Şehir Belediyesi sınırları içinde yer alan hastaneler devlet, özel ve üniversite hastanesi olarak tabakalandırılmıştır. Bu hastanelerin 2013 yılı acil servise başvuran hasta sayıları dikkate alınarak en fazla hasta başvuru sayısına sahip hastaneler belirlenmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastanelerden Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, özel hastaneler arasından Özel Bayındır Hastanesi, üniversite hastaneleri arasından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi acil servis gözlem üniteleri örneklem kapsamına alınmıştır.

Örnekleme alınacak toplam hasta ve hemşire sayısını tespit etmek amacıyla Number Cruncher Statistical System Power Analysis and Sample Size (NCSS Pass) 2008 yazılımı kullanılmıştır. Daha önce çalışma konumuzla ilgili MASF kullanılarak yapılan çalışmalardan (Koga Ferreira, Oliveira Guirro, Dibai-Filho, Araujo Ferreira, Almeida 2014; Düzel 2008) elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda örneklemin 35 hemşire ile 170 değerlendirme içermesinin yeterli ve çalışmanın gücünün 0.973 olacağı tespit edilmiştir. Her bir hastaneden seçilecek hasta ve hemşire sayılarının oranlı bir şekilde alınmasına karar verilmiştir. Her bir hastaneden örneklem için alınan hasta ve hemşire sayıları Çizelge 3.1.' de verilmiştir.

Çizelge 3.1 . Örnekleme oluşturan hastanelerin hasta ve hemşire sayılarının dağılımı

Hastane	Gözlemde takip edilen ortalama hasta sayısı	Örnekleme alınan hasta sayısı	Gözlemde çalışan hemşire sayısı	Örnekleme alınan hemşire sayısı
A.Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi	300	70	30	14
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi	400	95	30	19
Bayındır Hastanesi	60	10	15	2
Toplam	760	175	75	35

Örnekleme kapsamına acil servis gözlem ünitesinde takip edilen ve primer şikayeti ağrı olan, 18-65 yaşları arasında, iletişim kurulabilen, Türkçe konuşabilen, hayati tehlikesi olmayan, ağrı ölçeğini kullanabilecek durumda, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar ile acil servis gözlem ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan (Ek-1), Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan (Ek-2), Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Ek-3) ve Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi Hastane Yöneticiliği'nden (Ek-4) yazılı izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan hasta ve hemşirelerin Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurularak yazılı onamları alınmış (Ek-5), elde edilen verilerin bilimsel amaçlı kullanılacağı açıklanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında, Hastaya ait Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek-6), Hemşireye ait Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek-7) ve MASF (Ek-8) olmak üzere üç ayrı form kullanılmıştır.

Hastaya ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan hastaya ait tanıtıcı bilgiler formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, daha önce ağrı şikayeti ile acil servise başvurma durumu ve daha önceki başvuruda acil serviste ağrının yeterince tedavi edilme durumuna ilişkin 7 adet soru bulunmaktadır (Kizza 2012; Puntillo ve diğerleri 2003; Eti 2014). Bu form araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Hemşireye ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan hastaya ait tanıtıcı bilgiler formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde; hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum, meslekteki ve çalıştıkları birimdeki çalışma süreleri, haftalık çalışma saati, çalışma düzeni, 8 saatlik bir mesaide bakım verilen hasta sayısına ilişkin 8 adet soru bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve düşüncelerine ilişkin 15 adet soru bulunmaktadır (Kizza 2012, Schaffler 2005; Duignan Dunn 2008; Eti Aslan, 2014). Bu form hemşireler tarafından doldurulmuştur.

McGill Melzack ağrı soru formu

Bu form 1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kuşuoğlu, Eti Aslan ve Olgun tarafından 2003 yılında yapılmıştır. MASF' in Cronbach alfa değeri 0.98 olarak bulunmuştur (Kuşuoğlu ve diğerleri 2003). Bu araştırmadan elde edilen Cronbach alfa değeri 0,69'dur.

MASF dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısı-sorunu, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır (Kuşuoğlu ve diğerleri, 2003).

Birinci Bölüm: Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir (Eti aslan 2014).

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duysal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF’ ın ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10’u (1-10) ağrının duysal boyutunu, sonraki beş küme (11-15) algısal boyutunu, 16. küme ağrının değerlendirici boyutunu ve geriye kalan son dört küme (17-20) ise ağrının çeşitli yönlerini (otonomik, korkutan, cezalandıran v.b) gösteren boyutunu ifade eden kelimelerden oluşmaktadır (Koga Ferreira ve diğerleri, 2014; Eti Aslan 2014; Melzack 2005).

Üçüncü Bölüm: Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.

Dördüncü Bölüm: Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir= hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır (Eti Aslan, 2014).

Soru formunun araştırmada kullanılabilmesi için Fatma Eti Aslan ve Nermin Olgun’ dan yazılı izin alınmıştır (Ek- 9).

3.5.2. Araştırmanın ön uygulaması

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 5/08/2014 ve 10/08/2014 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi acil servis triyaj ünitesinde çalışan ve uygulamaya katılmayı kabul eden 5 hemşire ve 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşire ve hastalar, örneklem kapsamına dahil edilmemiştir.

3.5.3. Veri toplama aracının uygulanması

Araştırma, örnekleme alınan acil servis gözlem ünitelerinde takip edilen hastalar ve çalışan hemşireler ile 25/11/ 2014 ve 15/02/ 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanmasında; Hastaya ait Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşireye ait Tanıtıcı Bilgiler Formu ve MASF kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafından gözlem ünitesine gelen, araştırmaya katılmak isteyen hastalar ile çalışan hemşirelere Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulmuştur. Hastaya ait Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşireye ait Tanıtıcı Bilgiler Formu yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hemşirelerin hastalarına ait ağrı değerlendirmesini MASF kullanarak, hastanın yanından ayrıldıktan en kısa zaman içerisinde yapmaları sağlanmıştır. Hastaların ise kendi ağrı değerlendirmelerini MASF kullanarak yapmaları istenmiş, bunu yapamayan hastalara MASF araştırmacı tarafından yüksek sesle okunarak doldurulmuştur. Hemşireler hastalarına ait ağrı değerlendirmesini hemşire masasında yapmış, bu sırada hasta kendi ağrı değerlendirmesini yapmıştır. Araştırmacı ağrı değerlendirmeleri esnasında hasta yanında bulunmuştur, hemşire ve hasta eş zamanlı olarak ağrı değerlendirmesi yapmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların karşılaştırıldığı bölümlerde değerler arasındaki farklılıklar incelenirken Ki-Kare Analizi kullanılmış olup RxC tablolarında gözelerdeki beklenen frekansların yeterli hacimde olmaması durumunda Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Testinden yararlanılmıştır.

MASF üzerinde işaretlenen ağrı yerleri IASP' nin sınıflamasına göre tabloya aktarılmıştır. MASF' in ikinci bölümünde ağrının özelliğini gösteren 20 kelime grubu; ağrının duyuşal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli yönlerini gösteren 4 boyuttan oluşmaktadır. Bu bölümdeki puanlama kelimelerin sıra numaralarından elde edilmiştir. Bunun için her kelime kümesinde, ağrının o

kümeyle ilişkili özelliğini en az yansıtan kelimeye 1, diğerlerine ise sırası ile 2,3 gibi puanlar verilmiştir. Hastalar ve hemşireler tarafından seçilen bu sıra değerleri her grup için toplanmıştır. Ayrıca tüm grupların puanlarının toplanması ile total puan elde edilmiştir (Koga Ferreira ve diğerleri, 2014, Eti Aslan 2014, Melzack 2005).

Hastaların ve hemşirelerin ağrının boyutları ile ilgili verdiği puanlar bakımından aralarındaki farklılık incelenirken puanların normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Wilcoxon İşaret Testinden yararlanılmıştır. Hemşireler ve hastaların ağrı hakkında verdikleri cevapların birbirleriyle uyumlu olup olmadığı araştırılırken RxC tablolarda Ki-Kare Testi Kappa katsayılarından yararlanılmıştır.

Ağrının boyutları ile ilgili lise ve lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puanlar bakımından gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır. Birim sayılarının 20 den fazla olması nedeniyle Mann Whitney U Testi için standartlaştırılmış z değerleri verilmiştir.

Ölçeklerin güvenilirlikleri araştırılırken Crombah's Alpha/K-20 değerlerinden yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/uyumun/ilişkinin varlığı; $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın/uyumun/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Kappa katsayısı 0-1 aralığında değer alır. Kappa katsayısının değerlendirilmesinde; $0 < K < 0.20$ ise uyumluluk yoktur. $0.20 < K < 0.40$ ise zayıf düzeyde uyumluluk vardır, $0.40 < K < 0.60$ ise orta düzeyde uyumluluk vardır, $0.60 < K < 0.80$ ise iyi (yeterli) düzeyde uyumluluk vardır, $0.80 < K < 1.00$ ise mükemmel düzeyde uyumluluk vardır şeklinde yorum yapılmıştır (Özdamar, 2002; Boyacıoğlu ve Güneri 2006).

4. BULGULAR

Bu bölümde; acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunulmuştur.

I. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların sosyo – demografik özelliklerinin dağılımı (n=175)

Sosyo – demografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	101	57,7
Erkek	74	42,3
Medeni durum		
Evli	114	65,1
Bekar	61	34,9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	5,1
İlkokul	40	22,9
Ortaokul	25	14,3
Lise	71	40,6
Lisans ve lisansüstü	30	17,2
Meslek		
Çalışan	87	49,7
Ev hanımı	56	32,0
Öğrenci	14	8,0
Emekli	10	5,7
Çalışmayan	8	4,6
Daha önce ağrı şikayeti ile acil servise başvurma durumu		
Başvuran	120	68,6
Başvurmayan	55	31,4
Acil servise daha önceki başvuruda ağrının yeterince tedavi edilme durumu (n=120)		
Tedavi edilen	89	74,2
Tedavi edilmeyen	31	25,8
Acil serviste tıbbi tanı alma durumu		
Tanı alan	86	49,1
Tanı almayan	89	50,9
Yaş (Yıl)		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	38,79 \pm 13,58	(18– 65)

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için “n” katlanmıştır. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Çizelge 4.1. (devam). Hastaların sosyo – demografik özelliklerinin dağılımı (n=175)

Sosyo – demografik özellikler	n	%
Tanıılar (n=86)		
ÜSYE	15	17,4
Renal kolik	13	15,11
Akut gastroenterit	7	8,1
Hipertansiyon	6	6,9
Migren atak	6	6,9
Diğer (Fraktür, GIS kanama, kolesistit gibi)	39	45,3
Analjezik verilme durumu		
Verilen	128	73,1
Verilmeyen	47	26,8
Verilen analjeziğin türü (n=128) *		
Opioid	14	10,9
NSAİİ	116	90,6
Parasetamol	11	8,5

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için "n" katlanmıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların % 57,7'sinin kadın, %65,1'inin evli, %40,6'sının lise mezunu, %49,7'sinin çalışan ve %32'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının $\bar{x} = 38,79 \pm 13,58$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %68,6'sının daha önce ağrı şikayeti ile acil servise başvurduğu ve hastaların %74,2'sinin daha önceki başvuruda ağrısının yeterince tedavi edildiğini düşündüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %17,4'ünün üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) tanısını aldığı, %73,1'ine analjezik ve %10,9'una opioid, % 90,6'sına non-steroidal antiinflamatuar (NSAİİ) grubu analjezik uygulandığı belirlenmiştir.

II. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Hemşirelerin sosyo – demografik özelliklerinin dağılımı (n=35)

Sosyo – demografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	29	82,9
Erkek	6	17,01
Eğitim durumu		
Lise	9	25,7
Lisans	25	71.4
Lisansüstü	1	2.8
Çalışma düzeni		
Sürekli gündüz	5	14,3
Sürekli gece	12	34,3
Nöbet / vardiya	18	51,4
Yaş (Yıl)		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	29,17 \pm 5,66	(21– 44)
Meslekteki çalışma yılı		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	6,06 \pm 5,09	(1-19)
Servisteki çalışma yılı		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	3,23 \pm 2,34	(1-10)
Haftalık çalışma saati		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	45,51 \pm 4,57	(40-56)
8 saatlik bir mesaide gözlem ünitesinde takip edilen hasta sayısı		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	52 \pm 23,89	(20-100)

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %82,9'unun kadın, %71,4'ü lisans mezunu, %51,4'ü nöbet/ vardiya düzeninde çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin, yaş ortalamalarının \bar{x} =29,17 \pm 5,66 yıl, meslekte çalışma yılı ortalamalarının \bar{x} =6,06 \pm 5,09, acil serviste çalışma yılı ortalamalarının \bar{x} =3,23 \pm 2,34, haftalık ortalama çalışma saatlerinin \bar{x} =45,51 \pm 4,57, sekiz saatlik bir mesaide gözlem ünitesinde takip ettikleri hasta sayı ortalamasının \bar{x} =52 \pm 23,89 olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin dağılımı (n=35)

Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve düşünceleri	n	%
Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerini öğrendikleri yerler*		
Kitaplar, süreli yayın (dergi, bülten vb.), internet	31	88,5
Temel eğitimi sırasında	25	71,4
Meslektaşlarından	17	48,5
Bilgim yok	3	8,9
Hizmet içi eğitim	1	2,9
Temel eğitimleri sırasında ağrı ile ilgili aldıkları eğitim konuları*		
Ağrı değerlendirme ölçekleri	22	62,9
Farmakolojik ağrı yönetimi	18	51,4
Non-farmakolojik ağrı yönetimi	15	42,9
Ağrılı durumlara ilişkin standart uygulamalar	14	40,0
Ağrı fizyolojisi	13	37,1
Dindirilemeyen ağrının fizyolojik ve psikolojik etkileri	10	28,6
Ağrı yönetiminin hemşirenin sorumluluğunda olduğunu düşünme durumu		
Düşünen	22	62,9
Düşünmeyen	13	37,1
Hastanın ifade ettiği ağrının doğru olduğunu düşünme durumu		
Düşünen	9	25,7
Düşünmeyen	26	74,3
Ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımının önemli olduğunu düşünme durumu		
Kısmen önemli	5	14,3
Orta derecede önemli	11	31,4
Çok önemli	19	54,3
Ağrı değerlendirme ve kaydetme sıklığının önemli olduğunu düşünme durumu		
Hiç önemli değil	1	2,9
Kısmen önemli	6	17,1
Orta derecede önemli	11	31,4
Çok önemli	17	48,6
Ağrı yönetimi ile ilgili eğitim almayı isteme durumu		
İsteyen	23	65,7
İstemeyen	12	34,3
Hemşirelerin ağrı yönetiminde kendilerini yeterli bulma durumu		
$\bar{X} \pm Ss$ (Min. – Max.)	6,06± 2,80	(0-10)

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için "n" katlanmıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %88,5'inin ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerini süreli yayınlar (dergi, bülten vb.) ve internetten öğrendiği; %71,4'ünün eğitimleri sırasında ve %48,5'inin meslektaşlarından öğrendikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %62,9'unun temel mesleki eğitimleri sırasında ağrı değerlendirme ölçekleri, %51,4'ünün farmakolojik ağrı yönetimi ve %42,9'unun non-farmakolojik ağrı yönetimi ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %62,9'u ağrı yönetiminin hemşirenin sorumluluğunda olduğunu, %74,3'ü hastanın ifade ettiği ağrıyı her zaman doğru bulmadıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin

%54,3'ü ağrıyı değerlendirilmede ölçek kullanımının çok önemli, %48,6'sı ağrı değerlendirme ve kaydetme sıklığının çok önemli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %65,7'si ağrı yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini ifade etmiştir. Hemşireler, acil servis hastalarının ağrısının yönetiminde, kendilerini 10 üzerinden ortalama $\bar{x}=6,06\pm 2,80$ yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.4. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili uygulamalarının dağılımı (n=35)

Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili uygulamaları	n	%
Hemşirelerin ağrıyı değerlendirirken baktıkları kriterler*		
Ağrının şiddeti	34	97,1
Ağrının yeri	30	85,7
Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler	30	85,7
Ağrının başlangıç zamanı	27	77,1
Ağrının niteliği	26	74,3
Hastanın ağrısını ifade etme şekli	26	74,3
Ağrının hasta üzerinde etkileri	26	62,9
Otonomik sistem yanıtları	21	60,0
Ağrı değerlendirme ölçeği kullanma durumu		
Kullanan	3	8,6
Kullanmayan	32	91,4
Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler *		
Yüz ifadesi ölçeği	3	100,0
Sayısal değerlendirme ölçeği	2	66,7
Sözel tanımlayıcı ölçek	1	33,3
Ağrı değerlendirme bulgularını kayıt etme durumu		
Kayıt eden	5	14,3
Kayıt etmeyen	30	85,7
Acil serviste ağrı yönetiminde hemşirelerin engel/problemlerle karşılaşma durumu		
Karşılaşan	27	77,1
Karşılaşmayan	8	22,9
Acil servis ağrı yönetiminde hemşirelerin karşılaştıkları engel/problemler*		
İş yükü fazlalığı	22	81,5
Serviste ağrı yönetimine ilişkin standart uygulamaların eksikliği	10	37,0
Standart bir ağrı değerlendirme ölçeğinin kullanılmaması	10	37,0
Ağrı değerlendirme kayıtlarının yetersizliği	10	37,0
Hekim işbirliğinde yetersizlik	9	33,3
Ağrı yönetiminde kullanılan ilaçların yan etkileri konusunda endişe duyulması	8	29,6
İlaç alma konusunda hasta işbirliğinde yetersizlik		
Serviste ağrı yönetiminin öncelikli olmayışı	7	25,9
Ağrı yönetimi için araç gereç yetersizliği	5	18,5
Ağrı yönetimine ilişkin bilgi eksikliği	5	18,5
Ağrı kesici ilaçların yetersiz dozda istem edilmesi	3	11,1
	3	11,1

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için "n" katlanmıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili uygulamalarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %62,9'u ağrı yönetiminin hemşirelerin sorumluluğunda olduğunu ve %91,4'ü de servislerinde standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığını ifade etmiştir. Ağrı değerlendirme ölçeği kullanan hemşirelerin %66,7'sinin sayısal değerlendirme

ölçeği, %33,3'ünün sözel tanımlayıcı ölçek, %100'ünün de yüz ifadesi ölçeği kullandığı belirlenmiştir. Hemşireler ağrıyı değerlendirirken %97,1'inin ağrının şiddetine, %85,7'sinin ağrının yerine, %85,7'sinin ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlere, %77'si de ağrının başlangıç zamanına baktığını belirtmiştir. Hemşirelerin %85,7'si ağrı değerlendirme bulgularını kaydetmediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede herhangi bir engel/problemlerle karşılaşma oranı %77,1'dir. Hemşirelerin %81,5'i iş yükü fazlalığını, %37'si serviste ağrı yönetimine ilişkin standart uygulamaların eksikliğini, %37'si standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanılmamasını %37'si ağrı değerlendirme kayıtlarının yetersizliğini acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede engel/problem olarak görmektedir.

III. Hastaların ve Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5. Ağrının yerini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrıyı tanımlayan ifadeler		Hasta		Hemşire		Sonuç	
		n	%	n	%		
Ağrı yeri*	Baş, boyun, ağız	46	26,3	45	25,7		
	Omuz ve üst ekstremiteler	15	8,6	12	6,8		
	Torakal bölge	37	21,1	31	17,7		
	Abdominal bölge	61	34,8	63	36,0		
	Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks	11	6,3	9	5,1		
	Alt ekstremiteler	22	12,6	14	8,0		
	Pelvik bölge	12	6,8	12	6,8		
Ağrı yeri *	Derinde	126	72,0	119	68,0	X ² =1,119 p=0,571	K=0.627 p=0,001
	Derinde ve Yüzeyde	32	18,3	40	22,9		
	Yüzeyde	17	9,7	16	9,1		

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için "n" katlanmıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Ağrının yerini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; ağrı yeri olarak hastaların %34,8'i, hemşirelerin ise %36'sı abdominal bölgeyi, hastaların % 26,3'ü, hemşirelerin ise %25,7'si baş, boyun, ağız bölgesini işaretlemiştir (Ayrıntılı tablo için Ek-10.1'e bakınız). Ağrının yerini, hastaların %72'si, hemşirelerin %68'si "derin" olarak işaretlemiştir. Ağrının yerini tanımlayan kelimelerle ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

($p>0.05$). Ağrının yerini tanımlayan kelimelerle ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p<0,05$) ve bu uyum yeterli düzeydedir ($K=0,627$) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.2'ye bakınız).

Çizelge 4.6. Ağrının boyutları ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği puanların dağılımı

Ağrının boyutları	Hasta $\bar{X} \pm Ss$	Hemşire $\bar{X} \pm Ss$	Sonuç
Duyusal boyutu	10,95 \pm 6,19	7,89 \pm 5,21	Z=-6,468 P=0,001
Duygusal boyut	3,16 \pm 2,65	2,7 \pm 2,34	Z=-5,077 P=0,001
Değerlendirici boyutu	2,05 \pm 1,82	1,44 \pm 1,72	Z=-3,874 P=0,001
Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutu	4,33 \pm 3,22	2,95 \pm 2,84	Z=-5,398 P=0,001
Toplam	20,48 \pm 10,10	14,35 \pm 8,46	Z=-7,929 P=0,001

* Wilcoxon işaret testi uygulanmıştır.

Ağrının duyusal boyutu ile ilgili hastaların verdiği puan ortalama $\bar{X}=10,95\pm 6,19$ iken, hemşirelerin verdiği puan ortalama $\bar{X}=7,89\pm 5,21$ 'dir. Hastaların ve hemşirelerin ağrının duyusal boyutu ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin ağrının duyusal boyutuna verdiği puanlar, hastaların verdiği puanlardan anlamlı derecede düşüktür.

Ağrının duygusal boyutu ile ilgili hastaların verdiği puan ortalama $\bar{X}= 3,16\pm 2,65$ iken, hemşirelerin verdiği puan ortalama $\bar{X}=2,7\pm 2,34$ 'dir. Hastaların ve hemşirelerin ağrının duygusal boyutu ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin ağrının duygusal boyutuna verdiği puanlar, hastaların verdiği puanlardan anlamlı derecede düşüktür.

Ağrının değerlendirici boyutu ile ilgili hastaların verdiği puan ortalama $\bar{X}= 2,05 \pm 1,82$ iken, hemşirelerin verdiği puan ortalama $\bar{X}=1,44 \pm 1,72$ 'dir. Hastaların ve hemşirelerin ağrının değerlendirici boyutu ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin ağrının değerlendirici boyutuna verdiği puanlar, hastaların verdiği puanlardan anlamlı derecede düşüktür.

Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutu ile ilgili hastaların verdiği puan ortalama $\bar{X}=4,33 \pm 3,22$ iken, verdiği puan ortalama $\bar{X}=2,95 \pm 2,84$ 'dür. Hastaların ve hemşirelerin ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutu ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutuna verdiği puanlar, hastaların verdiği puanlardan anlamlı derecede düşüktür.

Ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümü ile ilgili hastaların verdiği puan ortalama $\bar{X}=20,48 \pm 10,10$ iken, hemşirelerin verdiği puan ortalama $\bar{X}=14,35 \pm 8,46$ 'dir. Hastaların ve hemşirelerin ağrının boyutlarının tümü ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin ağrının boyutlarının tümüne verdiği puanlar, hastaların puanlarından anlamlı derecede düşüktür (Ayrıntılı tablo için Ek-10.3'e bakınız).

Çizelge 4.7. Ağrının duyuşal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler		Hasta		Hemşire		Sonuç
		n	%	n	%	
Ağrının duyuşal boyutu (1-10)	1. Kelime grubu					
	Pır pır eden	5	2,8	3	1,7	* p=0,843
	Titreyen	4	2,3	1	0,6	
	Çarpan	12	6,8	10	5,7	
	Zonklayan	46	26,3	38	21,7	
	Vuran	15	8,6	16	9,1	
	Döven	2	1,1	1	0,6	
	2. Kelime grubu					
	Sıçrayan	2	1,1	2	1,1	* p=0,653
	Yansıyan	1	0,6	3	1,7	
	Fırlayan	4	2,3	2	1,1	
	3. Kelime grubu					
	Diken diken	10	5,7	6	3,4	X ² =6,255 p=0,181
	Oyuluyor gibi	7	4,0	12	6,8	
	Deliyorlar gibi	20	11,4	25	14,2	
	Şiş saplanır gibi	36	20,6	21	12,0	
	Şimşek çakar gibi	8	4,6	7	4,0	
	4. Kelime grubu					
	Cok keskin	34	19,4	24	13,7	X ² =4,043 p=0,132
	Kesiliyor gibi	14	8,0	13	7,4	
	Yırtılır gibi	27	15,4	9	5,1	
5. Kelime grubu						
Kemirici sancı	15	8,6	11	6,2	* p=1,000	
Kasılır tarzda	31	17,7	24	13,7		
Eziliyor gibi	23	13,1	18	10,2		
6. Kelime grubu						
Çekiştirici	6	3,4	3	1,7	* p=0,444	
Şürükleyici	5	2,8	1	0,6		
Burkutucu	22	12,6	16	9,1		
7. Kelime grubu						
Sıcaklık veren	29	16,6	19	10,8	* p=0,543	
Yakıyor gibi	14	8,0	12	6,8		
Haşlanıyor gibi	1	0,6	1	0,6		
Dağlayıcı	9	5,1	2	1,1		

*Gözlelerdeki beklenen değerlerin %20'sinden fazlasının 5'den küçük olması nedeniyle Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Analizi uygulanmıştır.

Çizelge 4.7. (devam) Ağrının duyuşal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler		Hasta		Hemşire		Sonuç
		n	%	n	%	
Ağrının duyuşal boyutu (1-10)	8. Kelime grubu					* p=0,957
	Sızlıyor gibi	33	18,8	25	14,2	
	Kaşıntılı	3	1,7	2	1,1	
	Acıtıcı	29	16,6	24	13,7	
	İğne batar gibi	23	13,1	15	8,6	
	9. Kelime grubu					* p=0,921
	Künt	1	0,6	2	1,1	
	Çıldırta	8	4,6	4	2,3	
	Yaralayıcı	3	1,7	1	0,6	
	Sızlayan	42	24	29	16,6	
	Yoğun	42	24	28	16,0	
	10. Kelime grubu					X ² =0,181 p=0,914
	Hassas	24	13,7	18	10,3	
	Gergin	21	12,0	14	8,0	
	Törpüleyen	0	0,0	0	0,0	
Keskin	38	21,7	24	13,7		

*Gözelerdeki beklenen değerlerin %20'sinden fazlasının 5'den küçük olması nedeniyle Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Analizi uygulanmıştır.

Ağrının duyuşal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Çizelge 4.8. Ağrının duyuşal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler		Hasta		Hemşire		Sonuç
		n	%	n	%	
Ağrının duyuşal boyutu (11-15)	11. Kelime grubu					X ² =0,000 p=1,000
	Yorucu	83	47,4	46	26,3	
	Tüketici	21	12,0	12	6,8	
	12. Kelime grubu					* p=0,192
	Tiksindirici	19	10,8	5	2,8	
	Boğucu	22	12,6	9	5,1	
	13. Kelime grubu					* p=0,710
	Korku veren	18	10,3	16	9,1	
	Korkunç	10	5,7	9	5,1	
	Dehşetli	5	2,8	2	1,1	
	14. Kelime grubu					* p=0,919
	Cezalandırıcı	10	5,7	5	2,8	
	Bitap düşürücü	12	6,8	11	6,3	
	Dayanılmaz	13	7,4	11	6,3	
	Şiddetli	50	28,6	34	19,4	
Öldürücü	4	2,3	3	1,7		
15. Kelime grubu					* p=0,561	
Biçare eden	12	6,8	9	5,1		
Kör eden	0	0,0	1	0,6		

*Gözelerdeki beklenen değerlerin %20'sinden fazlasının 5'den küçük olması nedeniyle Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Analizi uygulanmıştır

Ağrının duygusal boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.9. Ağrının değerlendirici boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler		Hasta		Hemşire		Sonuç
		n	%	n	%	
Ağrının değerlendirici boyutu (16)	16. Kelime grubu					$\chi^2=1,331$ $p=0,737$
	Usandıran	20	11,4	18	10,3	
	Sıkıntılı	37	21,1	30	17,1	
	Perişan eden	11	6,3	6	3,4	
	Yoğun	29	16,6	24	13,7	
Dayanılmaz	23	13,1	12	6,8		

Ağrının değerlendirici boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.10. Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrının özelliğini tanımlayan kelimeler		Hasta		Hemşire		Sonuç
		n	%	n	%	
Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutu (17-20)	17. Kelime grubu					* $p=0,966$
	Yayılan	21	12,0	17	9,7	
	Dağılan	6	3,4	6	3,4	
	İçe işleyen	16	9,1	13	7,4	
	Delen	10	5,7	8	4,5	
	18. Kelime grubu					* $p=0,224$
	Sıkıntı verici	15	8,6	10	5,7	
	Uyuşuklaştıran	25	14,3	11	6,3	
	Hissizleştiren	9	5,1	2	1,1	
	Sürükleyici	3	1,7	0	0,0	
	Sıkıştırıcı	18	10,3	9	5,1	
	Yırtıcı	13	7,4	14	8,0	
	19. Kelime grubu					* $p=0,657$
	Ürperten	6	3,4	5	2,8	
	Üşüten	31	17,7	12	6,8	
	Donduran	6	3,4	4	2,3	
20. Kelime grubu					$\chi^2=10,938$ $p=0,053$	
Sürekli rahatsız eden	16	9,1	26	14,8		
Bulantı veren	60	34,3	31	17,7		
İzdirap veren	8	4,6	9	5,1		
Berbat	7	4,0	6	3,4		
İşkence eder tarzda	17	9,7	13	7,4		

*Gözlemlenen beklenen değerlerin %20'sinden fazlasının 5'den küçük olması nedeniyle Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Analizi uygulanmıştır.

Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutunu tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.11. Ağrı-zaman ilişkisini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı (n=175)

Ağrı-zaman ilişkisini tanımlayan kelimeler	Hasta		Hemşire		Sonuç	
	n	%	n	%		
1. Kelime grubu						
Devamlı Ağrı	84	48,0	73	41,7	$\chi^2=2,397$ $p=0,302$	K=0,435 $p=0,001$
Kararlı Ağrı	47	26,9	60	34,3		
Sabit Ağrı	44	25,1	42	24,0		
2. Kelime grubu						
Ritmik Ağrı	75	42,9	63	36,0	$\chi^2=9,517$ $p=0,009$	K=0,379 $p=0,001$
Periyodik Ağrı	20	11,4	42	24,0		
Aralıklı Ağrı	80	45,7	70	40,0		
3. Kelime grubu						
Genel Ağrı	78	44,6	70	40,0	$\chi^2=0,751$ $p=0,687$	K=0,543 $p=0,001$
Anlık Ağrı	28	16,0	30	17,1		
Geçici Ağrı	69	39,4	75	42,9		

Ağrı-zaman ilişkisini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde;

Birinci kelime grubundan hastaların % 48'i, hemşirelerin ise 41,7'si "devamlı ağrı" kelimesini seçmiştir. Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2,397$ $p>0,05$). Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p<0,05$) ve bu uyum orta düzeydedir (K=0,435) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.4'e bakınız).

İkinci kelime grubundan hastaların %42,9'u, hemşirelerin ise %36'sı "ritmik ağrı" kelimesini seçerken, hastaların % 45,7'si, hemşirelerin ise %40'ı "aralıklı ağrı" kelimesini seçmiştir. Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. ($\chi^2=9,517$ $p<0,05$). Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p<0,05$) ve bu uyum zayıf düzeydedir (K=0,379) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.5'e bakınız).

Üçüncü kelime grubundan hastaların %44,6'sı, hemşirelerin ise %40'ı "genel ağrı" kelimesini seçerken; hastaların % 39,4'ü, hemşirelerin ise % 42,9'u "geçici ağrı" kelimesini seçmiştir. Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($X^2=0,751$ $p>0,05$). Hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p<0,05$) ve bu uyum orta düzeydedir ($K=0,543$) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.6'ya bakınız).

Çizelge 4.12. Ağrıyı arttıran / azaltan faktörler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı

Ağrıyı arttıran / azaltan faktörler	Hasta		Hemşire	
	n	%	n	%
Arttıran (n=111, n=68)*				
Hareket	62	55,8	42	61,7
Yeme içme	20	18,0	8	11,8
Stres	20	18,0	14	20,6
Soğuk ortam	7	6,3	4	5,8
Menstrüasyon	5	4,5	1	1,5
Gürültü	3	2,7	1	1,5
Diğer (sigara içmek, heyecan)	3	2,7	1	1,5
Azaltan (n=125, n=93)*				
Ağrı kesici ilaçlar	79	63,2	77	82,8
Dinlenmek	19	15,2	6	6,4
Yeme içme	5	4,0	-	-
Soğuk uygulama	4	3,2	4	4,3
Sıcak uygulama	7	5,6	7	7,5
Tuvalete çıkmak	5	4,0	2	2,1
Diğer (pozisyon vermek, oksijen almak v.s)	8	6,4	1	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için "n" katlanmıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Ağrıyı arttıran faktörler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların %55,8'inin, hemşirelerin ise 61,7'sinin "hareket"; hastaların %18'inin, hemşirelerin ise %11,8'inin "yeme içme"; hastaların %18'inin, hemşirelerin ise % 20,6'sının "stres" cevabını verdiği belirlenmiştir.

Ağrıyı azaltan faktörler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların %63,2'si, hemşirelerin ise 82,8'i "ağrı kesici ilaçlar"; hastaların %15,2'sinin, hemşirelerin ise %6,4'ünün "dinlenmek"; hastaların %5,6'sının, hemşirelerin ise % 7,5'inin "sıcak uygulama" cevabını verdiği belirlenmiştir.

Çizelge 4.13. Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı (n=175)

Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler	Hasta		Hemşire		Sonuç	
	n	%	n	%		
Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelime						
Hafif	23	13,1	47	26,9	X ² =13,550 p=0,009	K= 0,337 p=0,001
Rahatsız edici	30	17,1	35	20,0		
Şiddetli	57	32,6	37	21,1		
Çok şiddetli	32	18,3	27	15,4		
Dayanılmaz	33	18,9	29	16,6		
Ağrının en kötü halini tanımlayan kelime						
Hafif	1	0,6	2	1,1	* p=0,418	K=0,245 p=0,001
Rahatsız edici	1	0,6	1	0,6		
Şiddetli	12	6,9	7	4,6		
Çok şiddetli	47	26,9	36	20,6		
Dayanılmaz	114	65,1	129	73,7		
Ağrının en az halini tanımlayan kelime						
Hafif	94	53,7	120	68,6	* p=0,043	K=0,396 p=0,001
Rahatsız edici	72	41,1	47	26,9		
Şiddetli	6	3,4	4	2,3		
Çok şiddetli	2	1,1	3	1,7		
Dayanılmaz	1	0,6	1	0,6		
Geçirilmiş en kötü dış ağrısını tanımlayan kelime						
Hafif	2	1,1	0	0,0	* p=0,237	K=0,347 p=0,001
Rahatsız edici	2	1,1	3	1,7		
Şiddetli	51	29,3	39	22,3		
Çok şiddetli	58	32,8	56	32,0		
Dayanılmaz	62	35,6	77	44,0		
Geçirilmiş en kötü baş ağrısını tanımlayan kelime						
Hafif	1	0,6	2	1,1	* p=0,755	K=0,410 p=0,001
Rahatsız edici	5	2,9	4	2,3		
Şiddetli	29	16,6	25	14,3		
Çok şiddetli	58	33,1	51	29,1		
Dayanılmaz	82	46,9	93	53,1		
Geçirilmiş en kötü karın ağrısını tanımlayan kelime						
Hafif	0	0,0	2	1,1	* p=0,296	K=0,403 p=0,001
Rahatsız edici	6	3,4	3	1,7		
Şiddetli	20	11,4	25	14,3		
Çok şiddetli	58	33,1	47	26,9		
Dayanılmaz	91	52,0	98	56,0		

* Gözlemlerde beklenen değerlerin %20'sinden fazlasının 5'den küçük olması nedeniyle Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare Analizi uygulanmıştır.

Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde; hastaların %32,6'sı "şiddetli" kelimesini seçerken, hemşirelerin %26,9'u "hafif" kelimesini seçmiştir. Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği

cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p < 0,05$) ve bu uyum zayıf düzeydedir ($K=0,337$) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.7'ye bakınız).

Ağrının en kötü halini ve geçirilmiş en kötü diş ağrısını, tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$). Ağrının en az halini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. ($p < 0,05$). Ağrının en kötü halini, ağrının en az halini ve geçirilmiş en kötü diş ağrısını tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p < 0,05$) ve bu uyum zayıf düzeydedir ($K=0,245$, $K=0,396$, $K=0,347$) (Ayrıntılı tablo için Ek-10.8, Ek-10.9'a bakınız).

Geçirilmiş en kötü baş ağrısını ve geçirilmiş en kötü karın ağrısını tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Geçirilmiş en kötü baş ağrısını ve geçirilmiş en kötü karın ağrısını tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum vardır ($p < 0,05$) ve bu uyum orta düzeydedir ($K=0,410$, $K=0,403$).

Çizelge 4.14. Ağrının boyutları ile ilgili lise ve lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puanların dağılımı

Ağrının boyutları	Lise $\bar{X} \pm Ss$	Lisans ve üstü $\bar{X} \pm Ss$	Sonuç
Duyusal boyutu	6,3 \pm 3,1	8,4 \pm 5,7	Z=2,12 P=0,044
Duyusal boyut	1,4 \pm 2,0	2,3 \pm 2,4	Z=2,769 P=0,006
Değerlendirici boyutu	1,3 \pm 1,6	1,5 \pm 1,8	Z=0,387 P=0,699
Ağrının çeşitli yönlerini gösteren boyutu	2,3 \pm 2,3	3,2 \pm 3	Z=1,553 P=0,12
Toplam	11,3 \pm 4,1	15,4 \pm 9,3	Z=2,641 P=0,008

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Ağrının duyusal boyutu ile ilgili lise mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=6,3 \pm 3,1$ iken, lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=8,4 \pm 5,7$ 'dir. Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının duyusal boyutuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel

açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Lisans ve üstü mezunu hemşirelerin ağrının duygusal boyutuna verdiği puanlar, lise mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir.

Ağrının duygusal boyutu ile ilgili lise mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=1,4\pm 2,0$ iken, lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=2,3 \pm 2,4$ 'tür. Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının duygusal boyutuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Lisans ve üstü mezunu hemşirelerin ağrının duygusal boyutuna verdiği puanlar, lise mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir.

Ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümü ile ilgili lise mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=11,3 \pm 4,1$ iken, lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği puan ortalamaları $\bar{X}=15,4\pm 9,3$ 'tür. Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Lisans ve üstü mezunu hemşirelerin ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümüne verdiği puanlar, lise mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının değerlendirici ve çeşitli yönlerini gösteren boyutuna verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$)

Çizelge 4.15. Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili lise ve lisans ve üstü mezunu hemşirelerin verdiği cevapların dağılımı (n=175)

Ağrının şiddetini tanımlayan kelimeler	Lise		Lisans ve üstü		Sonuç
	n	%	n	%	
Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelime					$\chi^2=10,412$ $p=0,034$
Hafif	19	42,2	28	21,5	
Rahatsız edici	9	20,0	26	20,0	
Şiddetli	4	8,9	33	25,4	
Çok şiddetli	5	11,1	22	16,9	
Dayanılmaz	8	17,8	21	16,2	

Anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili lise mezunu hemşirelerin %42,2'si ile lisans ve üstü mezunlarının %21,5'i "hafif" kelimesini seçerken; lise mezunu hemşirelerin %8,9'u ile lisans ve üstü mezunlarının %25,4'ü "şiddetli" kelimesini seçmiştir. Hemşirelerin eğitim durumu ile anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

fark vardır ($p < 0,05$). Lise mezunu hemşirelerin lisans ve üstüne göre ağrı şiddetini daha düşük değerlendirmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirilmesinin karşılaştırılması incelenmiştir ve sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Hastayı acil servise getiren birincil sorun çoğunlukla "ağrı"dır. Hemşireler ağrı yönetiminde; ağrı değerlendirilmesi, ilaç ve ilaç dışı yöntemlerin uygulanması ve yapılan uygulamaların etkilerinin izlenmesi gibi görevleri nedeniyle anahtar rol oynamaktadır. Başarılı ağrı yönetimi ile akut ağrının olumsuz etkilerinin azalacağı, hastanın erken mobilizasyonun, rehabilitasyonun ve hasta memnuniyetinin sağlanacağı, rahat koopere bir hastanın ise sözlü uyarılara, fiziki değerlendirmeye, teropötik iletişime daha iyi yanıt vereceği düşünülmektedir (Arslan, Çelebioğlu 2004; Eşer ve diğerleri, 2008; Yılmaz ve diğerleri, 2010; Eti Aslan, 2014: 37-226).

Hemşirelerin ağrı yönetimindeki önemli rollerinden dolayı, bu konuda çok iyi bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Ancak, literatürde acil serviste sağlık hizmeti sağlayıcıların bir parçası olan hemşirelerin ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgi eksikliği olduğu belirtilmektedir (Bell, 2002; Horbury, Henderson, Bromley 2005; Kohr, Sawhney 2005; Twycross, 2002). Bu araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerini öğrendiği yerler çoktan aza sıralanırsa; ilk sırada süreli yayınlar (dergi, bülten vb.) ve internet, ikinci sırada temel mesleki eğitim, üçüncü sırada ise meslektaşlar gelmektedir (Çizelge 4.3). Bu araştırmadan elde edilen bulgular, Sayın (2010), Düzel (2008), Özer ve Bölükbaşı (2001)'nin yaptığı çalışmalardan elde edilen bulgularla karşılaştırıldığında hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerini öğrendikleri yerlerin yeri ve niteliğinin değiştiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin temel mesleki eğitimleri sırasında; ağrı değerlendirme ölçekleri (%62,9), farmakolojik ağrı yönetimi (%51,4) ve non-farmakolojik ağrı yönetimi (%42,9) ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Ancak hemşirelerin temel mesleki eğitimleri sırasında ağrının değerlendirilmesi ve hafifletilmesi ile ilgili eğitim almalarına rağmen bilgilerinin hala yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelerin %65,7'sinin ağrı yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini ifade etmesi ve ağrı yönetiminde kendilerini yeterli bulma düzeylerinin 10 üzerinde 6,06 olması (Çizelge 4.3) bu sonucu desteklemektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulguların, farklı hemşire gruplarıyla yapılmış çalışmalardan (Demir

ve diğerleri 2012; Özer ve diğerleri 2006) elde edilen bulgularla benzer olduğu söylenebilir. Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), lisans ve üstü mezunu hemşirelerin ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümüne verdiği puanların, lise mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.14). Hemşirelerin eğitim durumu ile anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), lise mezunu hemşirelerin lisans ve üstüne göre ağrı şiddetini daha düşük değerlendirdikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.15). Bağatlı ve Eşer'in (2010) yaptığı çalışmada lise ve önlisans mezunu hemşirelerin hastalara verdikleri ağrı puanları hastalarinkinden düşük iken ($p<0,05$), lisans mezunu hemşireler ile hastaların ağrı puan ortalamaları arasında fark olmadığı, lisans eğitiminin hemşirelerin ağrı değerlendirmesini olumlu yönde etkilediğini saptanmıştır. Bu bulgu Zalon'un (1993) çalışma sonuçları ile benzerdir. Sloman ve diğerleri (2005) ise çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyinin ağrı değerlendirmesini etkilemediğini belirtmişlerdir. Düzel'in (2008) çalışmasında hemşirelerin eğitim durumu ile MASF ikinci (ağrı özelliği) ve dördüncü bölüm (ağrı şiddeti) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir kaynak ağrıyı yaşayan bireyin ifadesi olmasına karşın, hekim ve hemşirelerin hastalara ağrıları hakkında soru sormadıkları ve ağrı bildiriminde sıklıkla kendi klinik yargılarını kullandıklarına dair kanıtlar bulunmaktadır (Yıldırım 2006, Duignan, Dunn 2008). Hemşirelerin kendi klinik yargılarını kullanmaları, hemşire ve hastaların ağrı değerlendirmelerinde uyumsuzluk olmasına neden olabilmektedir. Hasta ve hemşirelerin ağrı değerlendirmelerindeki uyumsuzluğun nedenlerinden biri, hemşirelerin hastaların ifade ettiği ağrıyı doğru bulmamalarıdır. Bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu (%62,9) ağrının yönetiminin kendi sorumluluğu olduğunu bilmesine karşın, bir çoğu (%74,3) hastanın ifade ettiği ağrıyı her zaman doğru bulmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3). Oysa Mc Cafery'nin "Ağrı hastanın söylediği şeydir ve hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa ağrı vardır." sözünden de anlaşıldığı gibi ağrı hisseden kişiye inanmak ağrıyı değerlendirmede ve ağrıyı kontrol altına almada çok önemlidir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, Yıldırım (2013) ve Özer ve Bölükbaşı (2001)'nin yaptığı çalışmalardan elde edilen bulgularla benzer olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede herhangi bir

engel/problemlerle karşılaşma oranı %77,1'dir. Hemşirelerin çoğu (%81,5) iş yükü fazlalığını, üçte birinden fazlası (%37) serviste ağrı yönetimine ilişkin standart uygulamaların eksikliğini, (%37) standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanılmamasını ve (% 37) ağrı değerlendirme kayıtlarının yetersizliğini acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede engel/problem olarak görmektedir (Çizelge 4.4). Zohar, Eitan ve Halper'in (2001) akut ağrı kontrolünün ne kadar bilindiği ve uygulandığı ile ilgili çalışmalarında, sağlık personelinin %80'i bu protokolden haberi olmadığını ifade etmiştir. Ağrı yönetimi protokolü, uygulanmaya başladıktan sonra bu tutumların değiştiği ve hasta memnuniyetinin protokol uygulanması öncesinde %23 iken protokol uygulanması sonrası %78'e yükseldiği görülmüştür.

Ağrı değerlendirmesinde ağrı ölçeklerinin kullanılması hastanın ağrı ifadesini, sayısal değerlere çevirmekte ve hasta ile sağlık profesyonelinin ağrı algısı arasında ortak bir dil oluşturarak, ağrı yönetiminin etkinliğini artırmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarıdan fazlasının (%54,3) ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımının çok önemli olduğunu düşünmesine rağmen (Çizelge 4.3), ölçek kullanan hemşire oranı oldukça düşük (%8,6) çıkması düşündürücü bulunmuştur (Çizelge 4.4). Aynı şekilde hemşirelerin yarısına yakını (%48,6) (Çizelge 4.3) ağrı değerlendirme ve kaydetme sıklığını çok önemli bulurken, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%85,7) (Çizelge 4.4) ağrı değerlendirme bulgularını kayıt etmediği belirlenmiştir. Hemşirelerin yeterli olmasa da ağrı yönetimine ilişkin bilgileri olmasına rağmen ağrı değerlendirme bulgularını kayıt etmeme nedenleri; hemşirelerin ağrı ölçeklerini kullanmaması, iş yükü fazlalığı ve zaman eksikliği olabilir. Farklı hemşire gruplarıyla yapılmış çalışmalarda da (Demir ve diğerleri, 2012; Sayın 2010; Ay, Ecevit 2010; Abdalrahim ve diğerleri 2008; Özer ve diğerleri 2006; Algier ve diğerleri 2004; Şahin ve diğerleri 2003) benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ağrı değerlendirmesinde ağrının şiddetinin mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin tamamına yakınının (%97,1) ağrının şiddetini değerlendirdiği belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Benzer şekilde Sayın (2010)'ın yaptığı çalışmada da hemşirelerin %95,35'inin ağrıyı değerlendirirken ağrının şiddetini değerlendirdikleri belirlenmiştir. Bu araştırmada, MASF'IN dördüncü bölümünde anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış ve hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan zayıf düzeyde bir uyum bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 4.13). Düzel (2008)'in yaptığı çalışmada

MASF dördüncü bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Akut ağrılı hastada ağrı şiddeti yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, kültür gibi özelliklere bağlı olarak kişiden kişiye değişebilmektedir. Akut ağrının etkisiyle anksiyete ve ajitasyon gelişebilmekte ve hastanın önceki deneyimlerine bağlı olarak da ağrıyı algılamada bozulmalar görülebilmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hasta ve hemşireler tarafından yapılan ağrı şiddetinin değerlendirilmesinin Düzel (2008) dışında literatürde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgularla benzer olduğu söylenebilir (Bağdatlı ve Eşer 2010; Modanloo, SeyyedFatemi, Bastani, Pevravy, Behnampoor, Hessam ve Abdollahi 2010; Daignan, Dunn 2008; Sloman ve diğerleri 2005; Puntillo ve diğerleri 2003).

Ağrı değerlendirmesinde ağrının yerinin mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%85,7) ağrı yerini değerlendirdikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Benzer şekilde Sayın'ın (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin %90,70'inin ağrıyı değerlendirirken ağrının yerini de değerlendirdikleri belirlenmiştir. Bu araştırmada MASF'ın birinci bölümünde ağrının yerini tanımlayan kelimelerle ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamış, hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan yeterli düzeyde bir uyum olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.5). Ağrının yerini değerlendirirken hasta ve hemşirelerin verdiği cevapların uyumlu bulunması bu bulguyu desteklemektedir. Farklı hasta grubuyla çalışılmasına rağmen Düzel'in (2008) yaptığı çalışmada da benzer şekilde, ağrının yeri ile ilgili elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Ağrı değerlendirmesinde ağrının özelliğinin mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%74,3) ağrı özelliğini değerlendirdiğini ifade etmiştir (Çizelge 4.4). Benzer şekilde Sayın'ın (2010) yaptığı çalışmada da hemşirelerin %65,12'sinin ağrıyı değerlendirirken ağrının niteliğini değerlendirdikleri belirlenmiştir. Ancak, bu araştırmada MASF ikinci bölümünde ağrı özelliğini gösteren tüm boyutlar ile ilgili hastaların verdiği puan ortalaması 20,48 iken, hemşirelerin verdiği puan ortalamasının 14,35 olduğu belirlenmiştir. Hastaların ve hemşirelerin MASF ikinci bölümünde ağrı özelliğini gösteren tüm boyutlar ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.10). Bu araştırmada, hemşirelerin ağrı özelliğini gösteren ağrının tüm

boyutlarına verdiği puanlar, hastaların puanlarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hemşirelerin ağrı özelliğini değerlendirdiğini ifade etmesine rağmen hemşirelerin ağrı özelliğini gösteren ağrının tüm boyutlarına verdiği puanların, hastaların puanlarından anlamlı derecede düşük olmasının nedeni, hemşirelerin kendi klinik yargılarını kullanmaları olabilir. Bu araştırmadan farklı olarak, Düzel'in (2008) postoperatif hasta grubuyla hemşirelerin ağrı değerlendirmesini karşılaştırdığı çalışmasında MASF ikinci bölümünde ağrı özelliğini gösteren tüm boyutlardan elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu saptanmıştır. Farklı hasta gruplarıyla çalışılmış olmasının bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Ağrı değerlendirmesinde ağrıyı arttıran/azaltan faktörlerin mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%85,7) ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri değerlendirdiği belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Benzer şekilde Sayın'ın (2010) yaptığı çalışmada da hemşirelerin %70,93'ünün ağrıyı değerlendirirken ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri değerlendirdikleri belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, acil servislerde hastalar ile hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri karşılaştırılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda;

- Araştırmada hastaların yaş ortalaması $38,79 \pm 13,58$ yıldır. Hastaların % 57,7'si kadın, %65,1'i evli, %40,6'sı lise mezunu, %49,7'si çalışan, %32'si ev hanımıdır. Hastaların %68,6'sı daha önce ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuş, %74,2'si daha önceki başvuruda ağrısının yeterince tedavi edildiğini düşünmektedir. Hastaların %17,4'ü üst solunum yolu enfeksiyonu tanısını almış ve %90,6'sına non-steroidal antiinflamatuar grubu analjezik uygulanmıştır (Çizelge 4.1).
- Hemşirelerin yaş ortalamaları $29,17 \pm 5,66$ yıldır. Hemşirelerin %82,9'u kadın, %71,4'ü lisans mezunu, %51,4'ü nöbet/ vardiya düzeninde çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma yıl ortalaması $6,06 \pm 5,09$, acil serviste çalışma yıl ortalaması $3,23 \pm 2,34$, haftalık ortalama çalışma saatleri $45,51 \pm 4,57$ 'dir (Çizelge 4.2).
- Hemşirelerin %88,5'i ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerini süreli yayınlar ve internetten öğrenmiş, %62,9'u temel mesleki eğitimleri sırasında ağrı değerlendirme ölçekleri ile ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin %62,9'u ağrı yönetiminin kendi sorumluluğunda olduğunu, %74,3'ü hastanın ifade ettiği ağrıyı her zaman doğru bulmadığını, %54,3'ü ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımının çok önemli, %48,6'sı ağrı değerlendirme ve kaydetme sıklığının çok önemli olduğunu belirtmiş, %65,7'si ağrı yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini, acil servis hastalarının ağrısının yönetiminde kendisini 10 üzerinden ortalama $6,06 \pm 2,80$ bulunduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.3).
- Hemşirelerin %91,4'ü de servislerinde standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığını, %97,1'i ağrıyı değerlendirirken ağrının şiddetine, %85,7'si ağrının yerine, %85,7'si ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlere, %77'si de ağrının başlangıç zamanına baktığı,

%85,7'si ağrı değerlendirme bulgularını kaydetmediği, %77,1'i acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede bir engel/problemlle karşılaştığı, %81,5'i iş yükü fazlalığını engel/problem olarak gördüğü saptanmıştır (Çizelge 4.4).

- MASF'ın birinci bölümünde ağrının yerini tanımlayan kelimelerle ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum olduğu ($p < 0,05$) ve bu uyum yeterli düzeyde olduğu ($kappa = 0,627$) belirlenmiştir (Çizelge 4.5).
- MASF'ın ikinci bölümünde hastaların ve hemşirelerin ağrının özelliğini tanımlayan tüm boyutları ile ilgili verdiği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$), hemşirelerin ağrının tüm boyutlarına verdiği puanların, hastaların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu ($Z = -7,929$, $P = 0,001$) saptanmıştır (Çizelge 4.10).
- MASF'ın üçüncü bölümünde hastaların ve hemşirelerin ağrı-zaman ilişkisini tanımlayan kelimeler ile ilgili birinci ve üçüncü kelime grubunda verdikleri cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamış ($p > 0,05$), ikinci kelime grubunda ise fark saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.11).
- MASF'ın üçüncü bölümünde ağrıyı arttıran faktörlere hastaların %55,8'inin, hemşirelerin ise 61,7'sinin "hareket" cevabını verdiği, MASF'ın üçüncü bölümünde ağrıyı azaltan faktörlere hastaların %63,2'si, hemşirelerin ise 82,8'i "ağrı kesici ilaçlar" cevabını verdiği, belirlenmiştir (Çizelge 4.12).
- MASF'ın dördüncü bölümünde hastaların ve hemşirelerin anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($X^2 = 13,550$, $p < 0,05$), anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler ile ilgili hastaların ve hemşirelerin verdiği cevaplar arasında istatistiksel açıdan bir uyum olduğu ($p < 0,05$), bu uyumun zayıf düzeyde ($kappa = 0,337$) olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.13).
- Hemşirelerin eğitim durumu ile ağrının özelliğini tanımlayan boyutların tümüne verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır (Çizelge 4.14).

- Hemşirelerin eğitim durumu ile anlık ağrı şiddetini tanımlayan kelimeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Çizelge 4.15).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servislerde çalışan hemşirelere ihtiyaçları doğrultusunda eğitim olanaklarının sunulması ile akut ağrı yönetimi konusunda farkındalığın artırılması,
- Hemşirelik öğrencilerine, temel mesleki eğitimleri sırasında ağrı yönetimi ile ilgili klasik yöntemlerin değiştirilerek; öğrencilerin öğrendiği bilgiyi davranışa yansıtılabilmelerine imkan tanıyacak yöntemlerle eğitim verilmesi,
- Sağlık kurumlarında akut ağrı değerlendirmesi ve akut ağrı yönetimine ilişkin standart formların geliştirilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması,
- Bu çalışmanın ağrı ölçeği kullanan ve kullanmayan gruplarda tekrar edilerek aradaki farkın ortaya çıkarılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdalrahım, M.S., Majalı, S.A. and Bergbom, I. (2008). Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. *Acute Pain*; 10: 73–81.
- Aksoy, T. ve Aksoy, A. (2014). *Ağrı Tedavisinde Kullanılan Farmakolojik Ajanlar*. In: Eti-Aslan F (Ed), *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık, 2. Basım, 117-138.
- Akyüz, G. (2010). *Mayo Clinic Kronik Ağrı. Gineş Tıp Kitabevi. Ankara.2. Basım, 1-20.*
- Algier, L., Abbasoğlu, A., Pınar, G., Şahin, Z., Temurlenk, H. ve Atay, D. (2004). *Travmalı Hastalarda Hemşirelik Girişimleri*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 7(2): 59-65.
- Arslan, S. ve Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1303-5134, 2-6.
- Ay, F. ve Ecevit, A.Ş.(2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları, *Ağrı*; 22(1): 21-29.
- Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. Derleme. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2): 37-48.
- Aygin, D. ve, Var, G. (2011).Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Derleme. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2(2):61-70.
- Babacan, A. ve Akçalı, D.(2006). *Ağrının Sınıflandırılması*, In: Eti-Aslan F (Ed), *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Basım; 55-60.
- Bağatlı-Aydın, H. ve Eşer İ. (2010). Hemşirelerin ve kanserli hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26(1): 11-23.
- Baran, G. (2000). *Hemşirelerin ameliyat sonrası analjezik yönetimine ilişkin bildirimleri*. Hemşirelik Forumu, 3(6): 39-43.
- Bell, G. (2002). Lack of pain management. *American Journal of Nursing*. 102(1) 13-14.
- Benzon, H. (2008). *Raj's practical managment of pain 4th edition mosby elsevier China:100-250.*
- Bergman, C.L. (2012). Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain," *Journal of Emergency Nursing*. 38,(3): 218-225.
- Boyacıoğlu, H. ve Güneri, P. (2006). Sağlık Araştırmalarında Kullanılan Temel İstatistik Yöntemler, *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 30(3): 33-39.
- Bozkurt, M., Yılmazlar, A. ve Bilgen, Ö.F. (2009). Total diz artroplastisi sonrası intravenöz ve epidural hasta kontrollü analjezi tekniklerinin ameliyat sonrası ağrı ve diz

- rehabilitasyonu üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Eklem Hastalık Cerrahisi*, 20(2), 64-70.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. and Gallacher D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *Eur J of Pain*; 10: 287-333.
- Brook, P., Connell J. and Pickering T. (2011). *Oxford Handbook of Pain Management*. Oxford University Press, New York: 3-57.
- Brown, D. and Edwards, H. (2013). *Lewis's Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* third edition. Australia: 137-157.
- Büyükyılmaz, F. ve Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 12(2): 84-93.
- Can, T. (2006). *Alt Ekstremitte Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Epidural İnfüzyon Yöntemi İle Bupivakain İle Bupivakain Ve Sufentanil Kombinasyonunun Postoperatif Analjezi Etkinliklerinin Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Curtiss, C.P. (2001). *Meeting the standards for pain management*. Orthopedic Nursing. 20, 2, 27-35.
- Çevik ŞE, Yeşil O, Öztürk TC, Güneysel Ö. (2011). Acil serviste akut ağrı tedavisinde opioid kullanımı. *Sakaryamj* .(2):39-45
- D'Arcy, Y. (2011). *Compact Clinical Guide to Acute Pain Management: An Evidence-based Approach for Nurses*. New York, NY: Springer Publishing; 35-62.
- Demir, Y., Yıldırım, Y., İnce, Y., Türken, K. ve Akı, M. (2012). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*; 2(3):162-172.
- Duignan, M. and Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing* 16, 23–28.
- Düzel, V. (2008). *"Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması"*, Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.
- Emergency Nurses Association, ENA . (2007). *Emergency Nursing Core Curriculum*. Elsevier Health Sciences, Sixth edition 1152.
- Erdine, S. (2003). *Ağrı Sendromları ve Tedavisi*. İstanbul. Gizben Matbaacılık 1- 62, 261-280.
- Erdine, S. (2007). *Ağrı*. Nobel Matbaacılık. 3. baskı. Ankara, 3-898.

- Erdine, S., Hamzaoglu, O., Özkan, Ö., Balta, E. ve Domaç, M. (2001). Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı*, 13(2): 22-30.
- Eşer, İ., Khorshid, L. ve Gürol Arslan, G. (2008). Hemşire ve hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşmelerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(1), 1-14.
- Eti-Aslan F. (2005). Akut ağrı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2(1):24-31.
- Eti-Aslan F. (2006). *Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler*, Ed: Eti-Aslan F., Ağrı. Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 1. Basım, 24-35.
- Eti-Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 9-16.
- Eti-Aslan, F. (2004). *Travmada Ağrı*. Şelimen D (Editör), Acil Bakım’da. 3. Baskı. İstanbul: Yüce Reklam Yayım 387-405.
- Eti-Aslan, F. (2007). *Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü*. Erdine S, editörler. Ağrı. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 787-797.
- Eti-Aslan, F. (2014). *Ağrı Doğası ve Kontrolü* (2.Baskı), İstanbul, Avrupa Tıp Kitabevi, 37-226.
- Eti-Aslan, F. ve Badır, A. (2005). *Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları*, 17(2):44 51.
- Eti-Aslan, F., Sarıyıldız, D., Gürkan, A. ve Aygin D. (2008). Yetişkin Travma Hastalarında Ağrı Şiddeti Ve Analjezi Yaklaşımları. *Ağrı Dergisi*, 20(1): 13-18.
- Ferrell, B.R., Virani, R., Grant, M. and Juarez, G. (2000). Analysis of pain content in nursing textbooks. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(3):216-228.
- Fishman, S., Ballantyne, J. and Rathmell, J.P. (2009). *Bonica's Management of Pain*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 4th. Edition. 198-1661.
- Fullarton, T. (2002). Audit of administration of analgesia, *Emergency Nurse*, 9(9): 36-4.
- Glajchen, M. (2001). Chronic Pain: Barriers and Strategies for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 14: 211-218.
- Horbury, C., Henderson, A. and Bromley, B. (2005). Influences of patient behaviour on clinical nurses’ pain assessment: implications for continuing education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(1): 18-25.
- Huang, N., Cunningham, F., Laurito, C. ve Chen, C. (2001). Can we do beter with postoperative pain management. *The American Journal of Surgery*, 182, 440-448.

Hwang, U., Richardson, L., Sonuyi, T.O. and Morrison, R.S. (2006). The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2):270-275.

Institute of medicine, (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington DC: The National Academies Press, 153-158.

İnternet: Ağrılı hastaya yaklaşım. URL:<http://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20754> adresinden 11 Nisan 2015' de alınmıştır.

İnternet: DSÖ basamak tedavisi. URL:<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> adresinden 11 Mayıs 2015' de alınmıştır.

İnternet: IASP ağrı tanımı. URL:<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> adresinden 01 Mart 2015' de alınmıştır.

İnternet: TDK ağrı tanımı. URL:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=5944 adresinden 01 Mart 2015' de alınmıştır.

Jackson, A. (1995). *Acute pain: its physiology and the pharmacology of analgesia*. Nursing Times, 91(16): 27-28, London.

Jensen, M.P., Smith, D.G., Ehde, D.M. and Robinsin, L.R., (2001). Pain site and the effects of amputation pain: further clarification of the meaning of mild, moderate, and severe pain. *Pain* 91(3): 317-322.

Karaçay, P., Eti Aslan, F. ve Şelimen, D. (2006). Acil Travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. *Ağrı Dergisi*, 18(1): 44- 51.

Kazanowski, M., Laccetti, M. (2008). *Quick Look Nursing: Pain Management: Pain Management* Jones & Bartlett Publishers, London, 21-84 .

Kizza, I. B. (2012). *Nurses' Knowledge and Practices Related to Pain Assessment in Critically ill Patients at Mulago Hospital, Uganda*. Masters thesis, Muhimbili University of Health and Allied Sciences.

Koga Ferreira V.T., Oliveira Guirro, E.C., Dibai-Filho, A.V., Araujo Ferreira, S.M. and Almeida, A.M. (2014). Characterization of chronic pain in breast cancer survivors using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* xx: 1-5.

Kohr, R. and Sawhney, M. (2005). Advanced practice nurses' role in the treatment of pain. *Canadian Nurse*. 101(3): 30-34.

Konner, R. (2005). Çeviri editörü; Özyalçın N, S, Dinçer Ş, S; *Ağrının Sırları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1-15.

- Kuğuluoğlu, S. ve Eti-Aslan, F. (2003). McGill Melzack Ağrı soru Formu'nun Türkçe'ye uyarlanması. *Ağrı Dergisi*, (15): 47-51.
- Kuğuoğlu, S. (2014) *Ağrı algısını etkileyen faktörler*, içinde: Eti-Aslan F (Ed), Ağrı Doğası ve Kontrolü, İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık, 2. Basım, 51-56.
- Kuru, T., Yeldan, İ., Zengin, A., Kostanoğlu, A., Tekeoğlu, A., Analay, Y. ve Tarakçı, D. (2011). Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı. *Ağrı*, 23(1):22-27.
- Lüleci, N. (2006). *Girişimsel ağrı tedavisi*. İstanbul: Tual Reklam ve Tanıtım Hizmetleri. 1-15. Interventional pain management / [edited by] Steven D. Waldman, Alon P. Winnie.
- Macintyre, P. and Schug, S. (2015). *Acute Pain Management: A Practical Guide*, Fourth Edition CRC Press, 7-49.
- Mackintosh, C. and Bowless, S. (2009). "The Effect of an Acute Pain Service on Nurses Knowledge and Beliefs about Post Operative Pain", *J Clin Nurs*, 9(1):119-126.
- Mc Caffery, M. and Pasero C. (1999). *Pain: clinical manual, ed 2*, St. Louis, Mosby.
- Melzack, R. (1987). The short form mcgill pain questionnaire. *Pain*, 30: 191–197.
- Melzack, R. (2005). *The McGill Pain Questionnaire From Description to Measurement*. American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. *Anesthesiology*, 103(1).
- Miner, J.R., Paris, P.M. and Yealy, DM. (2010). *Pain Management*. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams JG, BarsanWG, Biros MH, et al., eds. *Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice*. 7th ed: Saunders, An Imprint of Elsevier Inc. (2): 2410-2428.
- Modanloo, M., SeyyedFatemi, N., Bastani, F., Peyravy, H., Behnampoor, N., Hesam, M. and Abdollahi, H. (2010). Comparison of pain assessment by patients and triage nurses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Spring*, 3(1):23-28.
- Nancy, M. H. (2003). *Medical Surgical Care Plans Spring House Corporation*, Pennsylvania.
- Nayak S., Shiflett, S.C., Eshun, S. and Levine, F.M. (2000). Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research*, 34(2):135-151.
- Önal, A. (2004). *Algoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 1-20.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*. 2. Basım. Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık.
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi -2*, Eskişehir, Kaan Kitabevi, 177-184.

- Özer, N. ve Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 7-17.
- Özer, S., Akyürek, B. ve Başbakkal, Z. (2006). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*; 18 (4):36-43.
- Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Özyuvacı E., Altan A., Yücel A. (2003). *Postoperatif ağrı tedavisi. Sendrom*,15(8): 83-92.
- Park, G. ve Fulton, B. (2000). *Acute Pain Managment*. Siva Senthuran Oxford University Press, 210.
- Pasero, C. (2003). Pain in the critically ill patient. *Journal of PeriAnestezi Nursing* 6:422-425.
- Pasero, C. (2003). Pain in the emergency deparment. *AJN.*, 103(7).
- Pasero, C. and Mc Caffery, M. (2000). When patient can't report pain. *American Journal of Nursing*. 100(9): 22-23.
- Pekel, A. F. (2007). Viseral ağrı. *Klinik Gelişim*, 69(140):111-114.
- Pesut, B. and McDonald, H. (2007). Connecting philosophy and practice: implications of two philosophic approaches to pain for nurses' expert clinical decision making. *Nursing Philosophy*; 8: 256-263
- Pirbudak-Çöçelli, L., Bacaksız, B.D. and Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(2): 53-58.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2011). Konfor. Ayişe Karadağ Ceviri: *Fundamentals of Nursing*. (7th ed.). St. Louis: Mosby; 128-165.
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N. and Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4):171-175.
- Rao, M. (2006). Acute Post Operative Pain. *Journal of Anesthesia*, 50:340-344.
- Rodts, M.F. (2007). Managing our patient's pain. *Ortho Nurs*, 26(2): 85.
- Rupp, T. and Delaney, K.A. (2004). Inadequate analgesia in the emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 43(4):494-503.
- Sabuncu, N. ve Akça, A.F. (2011). Klinik Beceriler. Sabuncu N, Akçay AF. ed. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- Sarıyıldız, D. (2006). *Travmalı Hastalarda Ağrı Şiddeti Ve Ağrı Geçirme Uygulamalarından Memnuniyetin Belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi.

- Sayın, S. (2010). İstanbul İli Üniversite Ve Devlet Hastaneleri Genel Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Servis Hemşirelerinin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Schaffler-Ruth, L. (2005). *Nursing Students' Knowledge And Attitudes Regarding Pain And Pain Management*. Doctor Of Philosophy In Nursing Thesis. Faculty Of The Hahn School Of Nursing And Health Science University Of San Diego.
- Schafheutle, El., Cantrill, J.A. and Noyce, P.R. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33(6):728-737.
- Serlin, R.C., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R. and Cleeland, C.S., (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61(2): 277–284.
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M. and Shir, Y. (2005). Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2):125-132.
- Smith, J.D. (2006). Nursing management post operative care. Çinde M.S. Lewis, M.M., Heitkemper ve R.S. Dirksen (Eds.) *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*. St. Louis Mosby, 376-396.
- Swope, E.M. (2002). Benefits of proper pain management. Ed: Marie B., Core Curriculum for Pain Management Nursing. W.B. Saunders, *Saint Louise* (1):56-59.
- Şahin, Z., Temurlenk, H., Atay, D., Duman, A., Akan, D. (2003). travmalı hastalarda kullanılan hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: Başkent Üniversitesi. 5-7 Haziran: 249-256.
- Tanabe, P. and Buschmann, M. (1999). A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 25(3):171-177.
- Tapp, J. and Kropp, D. (2005). Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2): 167-73.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. and Lynn, P. (2011). *Fundamentals of Nursing The Art And Science of Nursing Care*. (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 1110-1137.
- Tcherny-Lessenot, S., Karwowski-Soulie, F., Lamarche-Vadel, A., Ginsberg, C., Brunet, F. and Vidal-Trecan, G. (2003). Management and relief of pain in an emergency department from the adult patient's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(2):539-546.
- Thomas, S.H., Silen, W. and Cheema, F. (2003). Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *Journal of the American College of Surgeons* 196(1):18-31.

- Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). "Hemsirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi", *M.Ü. Hemsirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1):93-98.
- Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management: the way forward. *Journal of Clinical Nursing* 11(6):705-714.
- Vadivelu, N., Urman, R. and Hines R. (2011). Essentials of Pain Management. *Springer*, 45-54.
- Von-Baeyer, C. L. (2006). Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research and Management*. 11,(3). 157–162.
- Wall, D.P. and Melzack, R. (2006). Handbook of Pain Management. Churchill Livingstone, *United Kingdom*; 13-30.
- Walsh, M. and Dolan, B. (1999). Emergency nurses and their perception of caring. *Emergency Nurse* 7(4): 24-31
- Weber, J. and Kelley, J. (2013). Health Assessment in Nursing Lippincott Williams & Wilkins, 142-158.
- Wheeler, E., Hardie, T., Klemm, P., Ibrionke, A., Schonewolf, E. and Scott, J. (2010). Level of Pain and Waiting Time in the Emergency Department. *Pain Manag Nurs*. 11(2):108-114.
- Yavuz, M. (2014). Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü. In: Eti-Aslan F (Ed), Ağrı Doğası ve Kontrolü, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2. Basım, 161-174.
- Yıldırım, A. (2013). *Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi*. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Esasları Programı. İstanbul.
- Yıldırım, Y.K. ve Uyar, M. (2006). Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. *Ağrı*, 18:12-9.
- Yılmaz, G., Durmaz-Akyol, A. (2009). Yoğun Bakım Hastasında Ağrı ve Ağrının Kontrolünde Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1):27-33.
- Yılmaz, M., Özüm, Ü., Gürler, H. ve Selda Çiftçi, E. (2010). Sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin ağrı kavramına ilişkin bilgileri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 17-25.
- Yılmaz, T. (2011). *Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimleri*. Gazi Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yücel, A. (2004). *Travma ve yanık ağrısı*. Algoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 125-131.
- Yücel, A. (2007). *Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü*, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, 3.Basım. 695-698.

Yürügen, B. (2001). Ağrı ve Opioid Analjeziklerin Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Komplikasyonlarda Hemşirelik Yaklaşımları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1).

Zalon, M. C. (1993). Nurses assessment of post-operative patients' pains. *Pain*. 54: 329- 334.

Zohar, Z., Eitan, A., Halperin, P. (2001). Pain relief in major trauma patients. An Israeli perspective. *The Journal of Trauma*. 51(4): 767-772.

EKLER

Ek-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu Yazılı İzini



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-17783
Konu : Değerlendirme ve Onay

25/06/2014

Sayın Yrd.Doç.Dr.Nurcan ÇALIŞKAN
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Öğretim Üyesi

Tez Danışmanı olduğunuz Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Yüksek Lisans Öğrencisi Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK**'ın tez çalışması olan "*Acil Servislerde Hastalar ve Hemşireler Tarafından Yapılan Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması*" başlıklı araştırma öneriniz incelenmiş ve Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

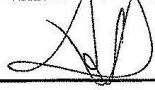

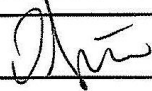
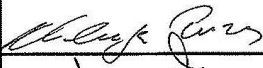
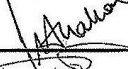

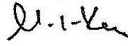

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

Ek-1. (devam). Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu Yazılı İzini

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 29.05.2014	TOPLANTI SAYISI : 06
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)	
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN	KATILMADI
Prof.Dr.Ogün DOĞRU	
Prof.Dr.Hülya ÇENGEL KASAPOĞLU	KATILMADI
Prof.Dr. Hayati BEŞİRLİ	KATILMADI
Prof.Dr.N.Nilüfer TURAN DURAL	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA	
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK	
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ	KATILMADI
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACIÖMEROĞLU	KATILMADI (Ücretsiz izni)

Ek-2. Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Yazılı İzini



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189
Konu : Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

15.07.2014* 26310

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsüne)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK'ın Yrd. Doç. Dr. Nurcan ÇALIşKAN'ın danışmanlığında yürüteceği "Acil Servislerde Hasta ve Hemşire Tarafından Yapılan Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmasının uygun görüldüğüne dair adı geçen hastanenin uygunluk yazısı yazımız ekinde sunulmuştur. Gereğini arz ederim.

İşlt. Uzm. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK: 1 (EPK Kararı)

Ek-2. (devam). Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Yazılı İzini



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
"Eğitim, Planlama Kurulu Karar Defteri"

Toplantı No: 0551

BAŞKAN
Uzm.Dr.Mustafa Kotanoğlu
Hastane Yöneticisi

05.06.2014

EPKK ASİL ÜYELERİ	EPKK YEDEK ÜYELERİ
Doç.Dr.Yalçın Aral Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği	Doç.Dr.Necir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği
Op.Dr.Firdevs Ornek Göz Hastalıkları Kliniği	Doç.Dr.Ali Pekcan Demiroz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
Doç.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	Doç.Dr.Necmi Arslan KBB Hastalıkları Kliniği
Doç.Dr.Gürcan Aslan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği	Doç.Dr.Meliha Korkmaz Nükleer Tıp Kliniği

KARAR:

4594.Acil servislere Hastalar ve Hemşireler tarafından yapılan ağı değerlendirilmesinin karşılaştırılması. T.C.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (Hmş.Nefise Cevriye Sucu Çakmak, Yrd.Doç.Dr.Nuran Çalışkan, Prof.Dr.Ayişe Karadağ) çalışması. Prospektif çalışmasının protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden "ETİK" değerlendirmesinde "UYGUN" "OLDUĞUNA" / "OLMADIĞINA" "OYÇOKLUĞU" "OYBİRLİĞİ" ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma gurubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına, Çalışmanın bağlı bulunduğu kurumun Etik kurul izninin alınması kaydı ile T.C.S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapacağı kısmına "İZİN" "VERİLMİŞTİR" / "VERİLMEMİŞTİR".

Doç.Dr.Yalçın Aral

Op.Dr.Firdevs Ornek

Doç.Dr.Hülya Başar

Doç.Dr.Gürcan Aslan

Uzm.Dr.Mustafa Kotanoğlu
Hastane Yöneticisi

Mükerrer
Personel Şube Ş.Ş.
Sicil No

Ek-3. Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim
ve Araştırma Hastanesi Yazılı İzini



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-044-75496
Konu : İzin Hk.

21/07/2014

HEMŞİRELİK PROGRAMI BAŞKANLIğINA

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Nefise Cevriye SUCU
ÇAKMAK'a ait izin yazısı yazımız ekinde gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa KEREM
Enstitü Müdürü

EK :
Yazı ve Eki (2 Sayfa)

Ek-3. (devam). Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yazılı İzini



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189
Konu : Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

09.07.2014* 25505

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsüne)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK'ın Yrd. Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN'ın danışmanlığında yürüteceği "Acil Servislerde Hasta ve Hemşire Tarafından Yapılan Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde yapmasının uygun görüldüğüne dair adı geçen hastanenin uygunluk yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

İşt. Bz. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK: 1

Kalite-Eğitim Şubesi (Eğitim Birimi)
Anafartalar Cnd. Altınöğ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altınöğ/ANKARA
Tel: 0 312 306 36 36 Fax: 0 312 306 36 32 elektronik ađ : www.ankamkhb.gov.tr e-posta : ankamgd11hb@gmail.com
Ayrıntılı Bilgi : FatmaKOKSAL
Not : Cevaplı yazılarınızda yazımın tarih ve sayısını belirtiniz.

Ek-3. (devam). Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAYI : B.10.1.TKH.0.73.00.00.010.01/Eğt
KONU: Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

08.07.2014*013137

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 01.07.2014 tarih ve 2481 sayılı yazınız.
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK' ın Yrd. Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN' ın danışmanlığında yürüteceği "Acil Servislerde Hasta ve Hemşire Tarafından Yapılan Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Acil Servisinde yapması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat ALPER
Hastane Yöneticisi a.
Baştabip

028246*08.07.2014

Ek-4. Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi Hastane Yöneticiliği Yazılı İzini



Ankara, 23.06.2014
Sayı : BTEDK -12/14

Nefise Cevriye Sucu ÇAKMAK
Karacaören Toki Evleri
B12 Blok No: 44
Altındağ - Ankara

İlgi : 28.Mayıs.2014 tarihli başvurunuz hk.

Sayın Nefise Cevriye Sucu Çakmak,

"Acil Servislerde Hastalar ve Hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirilmesinin karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmanız, Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu tarafından uygun bulunarak onaylanmıştır.

Saygılarımla,



Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Genel Müdür Yardımcısı
Tıbbi Hizmetler Direktörü



BAYEK TEDAVİ SAĞLIK HİZMETLERİ VE İŞLETMECİLİĞİ A.Ş.
Söğütözü : Kızılırmak Mah. 53. Cad. No. 17 Söğütözü 06520 ANKARA
Tel : 0312.287 90 00 • Faks : 0312.285 07 33 • Gsm : 0532.755 0 911
e-mail:sogutozu@bayindirhastanesi.com.tr • www.bayindirhastanesi.com.tr

Kavaklıdere : Atalürk Bulvarı No. 201 Kavaklıdere 06680 ANKARA
Tel : 0312.428 08 08 • Faks : 0312.428 06 29 • Gsm : 0532.755 6 911
e-mail:kavaklidere@bayindirhastanesi.com.tr • www.bayindirhastanesi.com.tr

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI

Ek-5. Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Acil Servislerde Hastalar ve Hemşireler Tarafından Yapılan Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması

Sorumlu Araştırmacının Adı: Yard. Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

Diğer Araştırmacıların Adı: Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmanın amacı, acil servislerde hasta ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesini karşılaştırmaktır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bayındır Hastanesi Söğütözü Şubesi acil servis gözlem ünitelerinde bakım gören hastalar araştırmaya katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

* Bu çalışma bir anket çalışmasıdır. Araştırmanın süresi: 10 dakika

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir? Vereceğiniz cevaplar acil servislerde ağrı yönetimine ilişkin bir prosedür belirlenmesi ve ağrının yetersiz tedavi edilmesini en az seviyeye indirmeye yönelik bilgi ve uygulamalara ışık tutacaktır.

Ek-5. (devam). Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışmacı, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

GÖREVİ : Hemşire

TELEFON : xxxxxxxxxxxx

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim dalında, Hemşire Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Ek-5. (devam). Gazi Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı: Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK

Adres: Karacaören Toki Evleri B12 blok No: 44 Altındağ/ ANKARA

Tel: xxxxxxxxxxxx

İmza:

Tarih:

Ek-6. Hastaya Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

Soru Kağıdı No :

Hastane Adı :

Bölüm I. Hastaya ait Tanıtıcı Bilgiler

1. Doğum tarihiniz:.....
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekar
4. En son tamamladığınız program aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) İlkokul
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Lisans
 - e) Diğer-belirtiniz.....
5. Mesleğiniz.....
6. Daha önce ağrı şikayeti ile acil servise başvuruda buldunuz mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
7. Daha önceki başvurunuzda acil serviste ağrınızın yeterince tedavi edildiğini düşünüyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

Ek- 7. Hemşireye Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

Soru Kağıdı No :

Hastane Adı :

Bölüm II.

A.Hemşireye ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

1. Doğum tarihiniz.
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Hemşirelikte toplam hizmet yılınız.
4. Acil servisteki çalışma yılınız.
5. Haftalık çalışma saatiniz. saat/hafta
6. Çalışma düzeniniz
 - a) Sürekli gündüz
 - b) Sürekli gece
 - c) Nöbet /vardiya usulü
7. 8 saatlik bir mesaide bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı ne kadardır?
..... hasta
8. Hemşirelikte en son tamamladığınız program aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) Lise
 - b) Ön Lisans
 - c) Lisans (örgün eğitim)
 - d) Lisans (tamamlama)
 - e) Yüksek lisans
 - f)Doktora

B. Ağrı Yönetimi

1. Hemşirelik eğitiminiz sırasında aşağıdaki konularla ilgili eğitim aldınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 - a) Ağrı fizyolojisi
 - b) Ağrı değerlendirme ölçekleri
 - c) Dindirilemeyen ağrının fizyolojik ve psikolojik etkileri
 - d) Ağrılı durumlara ilişkin standart uygulamalar
 - e) Farmakolojik ağrı yönetimi
 - f) Non-farmakolojik ağrı yönetimi
 - g) Hiçbiri

Ek- 7. (devam). Hemşireye Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

2. Ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerinizi aşağıdaki hangi kaynak ya da kaynaklardan edindiniz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Eğitimim sırasında
- Kitaplardan
- Sürelili yayın (Dergi, bülten vb.)
- Meslektaşlarımdan
- İnternet
- Diğer(Açıklayınız).....
- Bilgim yok

3. Ağrı yönetimi ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

- Evet
- Hayır

4. Size göre ağrı yönetimi hemşirenin sorumluluğunda mıdır?

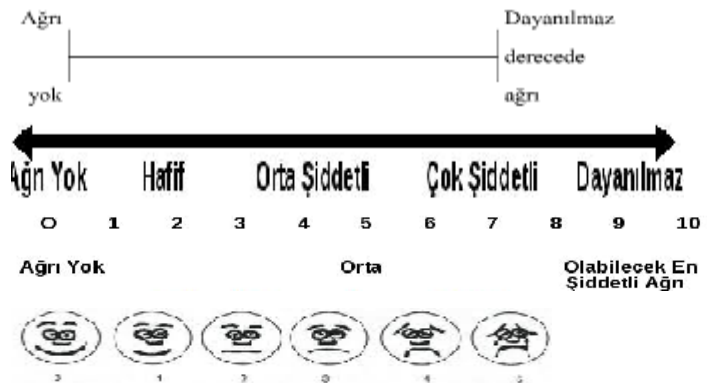
- Evet
- Hayır

5. Servisinizde standart olarak ağrı değerlendirme ölçeği kullanılıyor mu? (Cevabınız evet ise 6. soruya, hayır ise 7. soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

6. Ağrı değerlendirmesi yaparken aşağıdaki ölçeklerden hangisini kullandığınızı işaretleyiniz.
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Görsel Kıyaslama Ölçeği
- Sözel Tanımlayıcı Ölçek
- Sayısal Değerlendirme Ölçeği
- Yüz ifadesi Ölçeği
- Diğer-belirtiniz....



7. Size göre ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımı ne kadar önemlidir?

- Hiç önemli değil
- Kısmen önemli
- Orta derecede önemli
- Çok önemli

8. Hastanın ağrısını değerlendirirken aşağıdaki kriterlerden hangilerine bakarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Ağrının yeri
- Ağrının şiddeti
- Ağrının niteliği
- Ağrının başlangıç zamanı
- Hastanın ağrısını ifade etme şekli
- Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler
- Ağrının hasta üzerinde etkileri
- Sözlü- sözsüz ifadeleri
- Kalp atım hızında ve kan basıncında değişiklik gibi otonomik sistem yanıtları

Ek- 7. (devam). Hemşireye Ait Tanıtıcı Bilgiler Formu

9. Size göre hastanın ifade ettiği ağrı her zaman doğru mudur?

- a)Evet b)Hayır

10. Ağrı değerlendirme bulgularınızı kayıt ediyor musunuz?(Cevabınız evet ise 11. soruya, hayır ise 12. soruya geçiniz.)

- a) Evet b) Hayır

11. Hastanın ağrısını kaç saatte bir değerlendirip kaydedersiniz?.....

12. Size göre ağrı değerlendirme ve kaydetme sıklığı ne kadar önemlidir?

- a) Hiç önemli değil
b) Kısmen önemli
c) Orta derecede önemli
d) Çok önemli

13. Acil servis hastalarının ağrısının yönetiminde kendinizi ne derece yeterli bulduğunuzu gösteren numarayı daire içine alınız (0 Hiç yeterli bulmuyorum, 10 Tamamen yeterli buluyorum).

└─1─┘└─2─┘└─3─┘└─4─┘└─5─┘└─6─┘└─7─┘└─8─┘└─9─┘└─10─┘

14. Acil serviste hastanın ağrısını hafifletmede herhangi bir engel/problemlerle karşılaşılıyor musunuz? (Cevabınız evet ise 15. soruya geçiniz, hayır ise ağrı değerlendirme ölçeği için diğer sayfaya geçiniz.)

- a) Evet b) Hayır

15. Aşağıdaki durumlardan hangileri ile problem yaşıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) İş yükü fazlalığı
b) Serviste ağrı yönetimine ilişkin standart uygulamaların eksikliği
c) Serviste ağrı yönetiminin öncelikli olmayışı
d) Ağrı yönetimine ilişkin bilgi eksikliği
e) Standart bir ağrı değerlendirme ölçeğinin kullanılmaması
f) Ağrı değerlendirme kayıtlarının yetersizliği
g) Ağrı yönetiminde kullanılan ilaçların yan etkileri konusunda endişe duyulması (Örn; solunum depresyonu vb.)
h) Ağrı yönetimi için araç gereç yetersizliği (pulse oksimetre, monitör vb).
i) Yetersiz ilaç istem edilmesi
j) Hekim işbirliğinde yetersizlik
k) İlaç alma konusunda hasta işbirliğinde yetersizlik

Ek- 8. McGill- Melzack Ağrı Soru Formu

Soru Kağıdı No :

Hastane Adı :

MCGILL-MELZACK**AĞRI SORU FORMU**

Hastanın Adı:.....
Yaşı:.....
Dosya No:.....Tarih:.....
Klinik Sorun :
Tanı :.....
Analjezik (Şayet verilmişse)
1.Tipi:.....
2.Dozu:.....

Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın.

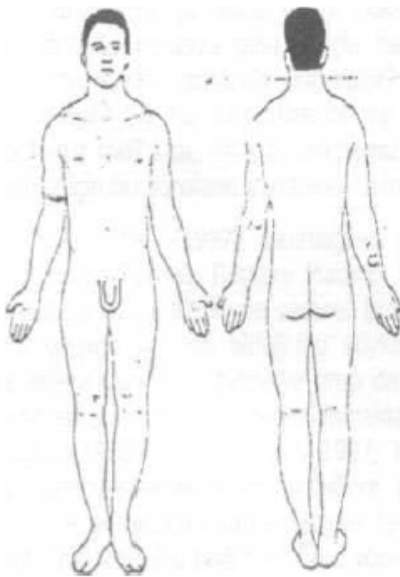
1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)

Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti

Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.

I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise **D** harfi, yüzeyde ise **Y** harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise **DY** harflerini yazınız.

**II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ**

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz

1	6	11	17
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştırıcı
Siçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştirici
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici
Fırlayan	Sızıyor gibi	14	Sıkıştırıcı
3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı
Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19
Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran
Şimşek çakar gibi	Çıldırıcı	15	20
4	Yaralayıcı	Biçare eden	Süreklili
Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulantı veren
Yırtılır gibi	10	Usandıran	İstirap veren
5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder tarzda
Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	
Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz	

III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ

1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

1	2	3
Devamlı	Ritmik	Genel
Kararlı	Periyodik	Anlık
Sabit	Aralıklı	Geçici

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?

3. Neler ağrınızı arttırıyor?

IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ

V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimeye birleşirler. Bunlar

1	2	3	4	5
Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.

1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?
2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?
3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?
4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?
5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?
6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karn ağrısını hangi kelime tanımlar?

Ek-9. McGill- Melzack Ağrı Soru Formu Kullanım İzini

TARİH: 01/03/ 2014

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı' nda yüksek lisans yapmakta olan Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK' ın "HASTALAR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN YAPILAN AĞRI DEĞERLENDİRMESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI" başlıklı tezinde, Türkçe' ye geçerlilik ve güvenilirliğinin tarafımdan yapıldığı MCGILL- MELZACK AĞRI SORU FORMU' nun kullanılmasına izin veriyorum.



Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölüm Başkanı
İmza

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
İmza



Ek-10. Çizelgeler

Çizelge Ek 10.1 Ağrının Yerini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Ağrı bölgesi sınıflaması	Hasta		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Baş, boyun, ağız	35	20,1	43	24,6	78	22,3
Servikal Bölge	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Omuz ve üst ekstremiteler	8	4,6	9	5,1	17	4,9
Torakal Bölge	19	10,9	23	13,1	42	12,0
Abdominal Bölge	54	31,0	58	33,1	112	32,1
Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks	6	3,4	8	4,6	14	4,0
Alt ekstremiteler	13	7,5	12	6,9	25	7,2
Pelvik Bölge	10	5,7	11	6,3	21	6,0
Anal, perianal, genital	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baş, boyun, ağız ve Torakal Bölge	6	3,4	1	0,6	7	2,0
Baş, boyun, ağız ve bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks	1	0,6	1	0,6	2	0,6
Baş, boyun, ağız ve Alt ekstremiteler	4	2,3	0	0,0	4	1,1
Omuz ve üst ekstremiteler ve Torakal bölge	5	2,9	2	1,1	7	2,0
Omuz ve üst ekstremiteler ve Alt ekstremiteler	2	1,1	1	0,6	3	0,9
Torakal bölge ve Abdominal bölge	4	2,3	4	2,3	8	2,3
Torakal bölge ve Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Abdominal bölge ve Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Torakal bölge ve Alt ekstremiteler	1	0,6	1	0,6	2	0,6
Abdominal bölge ve Alt ekstremiteler	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks ve Alt ekstremiteler	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Abdominal bölge ve Pelvik bölge	1	0,6	1	0,6	2	0,6
Bel, lomber, omurga, sakrum, koksiks ve Pelvik bölge	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Toplam	174	100,0	175	100,0	349	100,0

Ek-10. (devam). Çizelgeler

Çizelge Ek 10.2 Ağrının Yerini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Arasındaki Uyumun Dağılımı

Hemşire Hasta	D	Y	DY	Toplam	Sonuç
D	111	3	12	126	K=0.627 p=0,001
Y	3	10	4	17	
DY	5	3	24	32	
Toplam	119	16	40	175	

Çizelge Ek 10.3 Ağrının Boyutları ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Puanların Dağılımı

Ağrının Boyutları	n	Mean	Median	Min	Max	SS	Wilcoxon İşaret Testi			
							Negatif Sıra Ort.	Pozitif Sıra Ort.	z	p
Ağrının Duyusal Boyutu (Hasta)	175	10,95	10	0	28	6,19	77,35	55,50	-6,468	0,001
Ağrının Duyusal Boyutu (Hemşire)	175	7,89	7	0	27	5,21				
Ağrının Duyusal Boyutu (Hasta)	175	3,16	3	0	11	2,65	62,22	53,71	-5,077	0,001
Ağrının Duyusal Boyutu (Hemşire)	175	2,07	1	0	11	2,34				
Ağrının Değerlendirici Boyutu (Hasta)	175	2,05	2	0	5	1,82	49,49	44,45	-3,874	0,001
Ağrının Değerlendirici Boyutu (Hemşire)	175	1,44	1	0	5	1,72				
Ağrının Çeşitli Yönlerini Gösteren Boyutu (Hasta)	175	4,33	4	0	14	3,22	65,57	48,80	-5,398	0,001
Ağrının Çeşitli Yönlerini Gösteren Boyutu (Hemşire)	175	2,95	2	0	13	2,84				
Ağrının Toplam Boyutu (Hasta)	175	20,48	18	1	51	10,10	82,300	51,91	-7,929	0,001
Ağrının Toplam Boyutu (Hemşire)	175	14,35	12	1	54	8,46				

Ek-10. (devam). Çizelgeler

Çizelge Ek 10. 4 Ağrı-Zaman 1 ilişkisini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Devamlı Ağrı		Kararlı Ağrı		Sabit Ağrı		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Devamlı Ağrı	55	75,3	19	31,7	10	23,8	84	48,0	K=0,435 p=0,001
Kararlı Ağrı	11	15,1	30	50,0	6	14,3	47	26,9	
Sabit Ağrı	7	9,6	11	18,3	26	61,9	44	25,1	
Toplam	73	100,0	60	100,0	42	100,0	175	100,0	

Çizelge Ek 10.5 Ağrı-Zaman 2 ilişkisini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Ritmik Ağrı		Periyodik Ağrı		Aralıklı Ağrı		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ritmik Ağrı	42	66,7	23	54,8	10	14,3	75	42,9	K=0,379 p=0,001
Periyodik Ağrı	8	12,7	8	19,0	4	5,7	20	11,4	
Aralıklı Ağrı	13	20,6	11	26,2	56	80,0	80	45,7	
Toplam	63	100,0	42	100,0	70	100,0	175	100,0	

Çizelge Ek 10.6 Ağrı-Zaman 3 ilişkisini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Genel Ağrı		Anlık Ağrı		Geçici Ağrı		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Genel Ağrı	62	88,6	4	13,3	12	16,0	78	44,6	K=0,543 p=0,001
Anlık Ağrı	4	5,7	12	40,0	12	16,0	28	16,0	
Geçici Ağrı	4	5,7	14	46,7	51	68,0	69	39,4	
Toplam	70	100,0	30	100,0	75	100,0	175	100,0	

Ek-10. (devam). Çizelgeler

Çizelge Ek 10.7 Anlık Ağrı Şiddetini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Hafif		Rahatsız edici		Şiddetli		Çok şiddetli		Dayanılmaz		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hafif	16	34,0	6	17,1	1	2,7	0	0,0	0	0,0	23	13,1	Kappa=0,337 p=0,001
Rahatsız edici	13	27,7	13	37,1	2	5,4	2	7,4	0	0,0	30	17,1	
Şiddetli	13	27,7	10	28,6	23	62,2	10	37,0	1	3,4	57	32,6	
Çok şiddetli	3	6,4	5	14,3	4	10,8	11	40,7	9	31,0	32	18,3	
Dayanılmaz	2	4,3	1	2,9	7	18,9	4	14,8	19	65,5	33	18,9	
Toplam	47	100,0	35	100,0	37	100,0	27	100,0	29	100,0	175	100,0	

Çizelge Ek 10.8 Ağrının En Kötü Halini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Hafif		Rahatsız edici		Şiddetli		Çok şiddetli		Dayanılmaz		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hafif	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	,8	1	0,6	Kappa=0,245 p=0,001
Rahatsız edici	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	0,6	
Şiddetli	0	0,0	0	0,0	5	71,4	4	11,1	3	2,3	12	6,9	
Çok şiddetli	0	0,0	1	100,0	2	28,6	14	38,9	30	23,3	47	26,9	
Dayanılmaz	2	100,0	0	0,0	0	0,0	17	47,2	95	73,6	114	65,1	
Toplam	2	100,0	1	100,0	7	100,0	36	100,0	129	100,0	175	100,0	

Çizelge Ek 10.9 Ağrının En Az Halini Tanımlayan Kelimeler ile İlgili Hastaların Ve Hemşirelerin Verdiği Cevapların Dağılımı

Hemşire Hasta	Hafif		Rahatsız edici		Şiddetli		Çok şiddetli		Dayanılmaz		Toplam		Sonuç
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hafif	82	68,3	11	23,4	0	0,0	0	0,0	1	100,0	94	53,7	Kappa=0,396 p=0,001
Rahatsız edici	36	30,0	34	72,3	2	50,0	0	0,0	0	0,0	72	41,1	
Şiddetli	1	0,8	2	4,3	2	50,0	1	33,3	0	0,0	6	3,4	
Çok şiddetli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	2	1,1	
Dayanılmaz	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	
Toplam	120	100,0	47	100,0	4	100,0	3	100,0	1	100,0	175	100,0	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı :SUCU ÇAKMAK, Nefise Cevriye
Uyruğu :T.C.
Doğum tarihi ve yeri :11 / 06 / 1987 Ankara
Medeni hali :Evli
Telefon :0 (312) 596 20 00
e-mail :nefisem-sucu@hotmail.com

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Bölümü	Devam Ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Sağlık Yüksek Okulu/ Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Yeşilöz Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2006

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2011-devam ediyor	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİ GELECEKTİR...