

**T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )  
SELVİNAZ ÇALKAN**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ.DR. GÜLTEN KAPTAN**

**MANİSA 2010**

T.C.  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

## TEZ YERİ GİRİŞİ VE YAYINLARA SON FÖRMLÜ

Referans No	384522
Yazar Ad / Soyadı	Selma ÇALKAN
Yanığı / T.C.Kimlik No	T.C. 19825455896
Telefon / Cep Telefonu	2362321920 99052236512
e-Posta	selcalkan@yahoo.com
Tezin Dil	Türkçe
Tezin Çeşitli Ad	Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Tutumu ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
Tezin Tercümesi	Nurses' Knowledge Attitudes and Behaviors Related to Pain Assessment
Nonu Başlık	Hemşirelik
Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	Hemşirelik Bölümü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı / Bölüm	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yıl	2010
Sayfa	75
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Gülten KAPTAN
Dilim Termini	
Önerilen Dilim Termini	Ağrı, bilgi, tutum, hemşire
Kayıtlama İzin	<input type="checkbox"/> Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum <input checked="" type="checkbox"/> Ertelenmesini istiyorum (3 Yıl)

**1. Tezimin Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından dağıtılması veya yayımının 12.10.2013**  
Geriye katar ertelemesine sebep oluyorum. Bu tarihten sonra tezimin, internet üzeri olarak veya  
tez formu ile birlikte dağıtılması, satış, verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezimin ilgili Fikir mülkiyeti  
hakkında hakkı korumak üzere hiçbir işlem (mücadele) talep etmemek üzere verdiğimi beyan ederim.  
NOT: (Ertelenme süresi formunuzunuzdaki tezimin türüne göre belirlenir.)

15.01.2013

  
[Redacted]

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

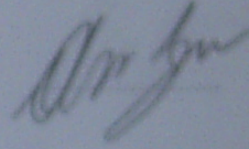
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Selvinaz ÇALKAN'ın tezi olarak hazırladığı "Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Jönköping Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri ayarınca değerlendirilerek KABUL kararı verilmiştir. 07/10/2010

Jüri Üyesi:  
Doç. Dr. Gülten KAPTAN (Tez Danışmanı)

Jüri Üyesi:  
Prof. Dr. Alp YENTUR (C.B.Ü. Tıp Fak.)

Jüri Üyesi:  
Doç. Dr. Nazan ORAN (Ege Üniv. Atatürk S.Y.O.)

İmza



.....

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../2010 tarih ve .....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. İbrahim TUĞLU  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktarırken verdiği emek, gösterdiği sevgi ve anlayıştan dolayı değerli tez hocam ve danışmanım, Doç. Dr. Gülten KAPTAN ve katkılarından dolayı değerli Öğretim Görevlileri Dr. Özden DEDELİ, Dr. Semra AY'a,

Ayrıca tezimin verilerinin toplanması sırasında katkı ve desteklerinden dolayı çalışma arkadaşlarım Dr. Zeynep ADIGÜZEL'e, Yoğun Bakım sorumlu hemşiresi Evrim ÖZTÜRME'ne, Acil Servis sorumlu hemşiresi Selda TURHAN'a,

Yaşantımın her anında sevgi ve destekleriyle yanımda olan anneme, babama, ablama,

Tanıdığım günden başlayıp, öğrencilik hayatım boyunca devam eden özveri, sabır ve sevgisi ile bana her konuda destek olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Dr. Mehmet ÇALKAN'a, yaşama sevincim olan oğlum Mehmet Efe ÇALKAN'a, kızım Ece Naz ÇALKAN'a ; sizden ayrı kaldığım zamana değmesi temennisiyle...

En içten teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

**Selvinaz ÇALKAN**

**Manisa, 2010**



ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER: .....	I
TABLOLAR DİZİNİ: .....	III
ÖZET: .....	V
SUMMARY: .....	VI
I GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
II GENEL BİLGİLER .....	3
II. 1.AĞRI:.....	3
II.1.1.TANIM :.....	3
II.1.2. AĞRININ TARİHÇESİ: .....	4
II.1.3. AĞRININ FİZYOLOJİSİ:.....	5
II.1.3 .1.Fizyolojik (fiziksel) veya Periferik Bileşenler:.....	5
II.1.3 .2.Psikolojik veya Santral Bileşenler: .....	5
II.1.4. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI:.....	6
II.1.4. 1 Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrının Sınıflandırılması: .....	6
II.1.4. 1.1. Nosiseptif Ağrı .....	6
II.1.4.1.2. Visseral Ağrı: .....	6
II.1.4.1.3. Somatik Ağrı: .....	6
II.1.4.1. 4. Nöropatik Ağrı: .....	7
II.1.4.1.5. Psikojenik Ağrı:.....	7
II.1.4. 2. Süreye Göre Ağrının Sınıflandırılması: .....	8
II.1.4. 2.1 Akut Ağrı: .....	8
II.1.4. 2.2 Kronik Ağrı: .....	8
II.1.4. 3. Ağrının Etyolojisine Göre Sınıflandırılması:.....	8
II.1.4. 4.Ağrının Bölgesine Göre Sınıflandırılması:.....	8
II.1.5 AĞRI PATOGENEZİ ve İLETİM YOLLARI: .....	9
II.1.5.1 Periferik Sensitizasyon: .....	9
II.1.5.2 Ektopik Ateşlenmeler: .....	9
II.1.5.3. Amplifikasyon artışı.....	9
II.1.6.AĞRI TEORİLERİ: .....	10
II.1.6.1.Kapı Kontrol Teorisi.....	10
II.1.6.1.1 Kapı Kontrol Teorisinin ağrının giderilmesindeki etkileri:.....	10
II.1.6.1.1.1. Deri uyarısı ile ağrı giderilebilir .....	10
II.1.6.1.1.2. Normal olan ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:.....	11
II.1.6.1.1.3. Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında hastaya doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir: .....	11
II.1.6.2. Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları): .....	11
II.1.7.AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ: .....	12
II.1.7.1.GÖZLEM.....	13
II.1.7.2.ANAMNEZ .....	13
II.1.7.3.KLİNİK MUAYENE .....	13
II.1.7.4.AKUT AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ: .....	14
II 1.7.5. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN SKALALAR: 16	
II 1.7.5.1. Sözel Tarif Skalaları: (Verbal Descriptor Scales-VDS).....	16
II 1.7.5.2.Sayısal Değerlendirme Skalaları: (Numerikal Rating Scale; NRS) .....	16

II 1.7.5.3.Görsel Analog skala (Visual Analogue Scale; VAS) .....	16
II 1.7.5.4.Analog Renkli Devamlı Skala (Analog Chromatic Continuous Scale-ACCS).....	17
II 1.7.5.5 Yüz İfadesi Skalası ( Face Scale-Fs): .....	17
II 1.7.5.6 Dermantomal Ağrı Çizimi:.....	17
II 1.8.AĞRI KONTROLÜ:.....	18
II 1.8.1. AĞRININ FARMAKOLOJİK YÖNTEMLERLE KONTROLÜ: .....	18
II 1.8.1.1 Narkotik Olmayan Analjezikler: .....	18
II 1.8.1.2. Narkotik analjezikler:.....	19
II 1.8.1.3. Adjuvan Analjezikler: .....	20
II 1.8.2. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Analjezik Kullanma İlkeleri: .....	20
II 1.8.2. AĞRININ İLAÇ DIŞI YÖNTEMLERLE KONTROLÜ:.....	21
II 1.9.AĞRI VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI: .....	22
II 1.9.1.AĞRI TANILMASI YAPILIRKEN DİKKAT ERİLECEK NOKTALAR: .....	23
II 1.10. HASTANIN AĞRISINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ BELİRLENMESİNDE HEMŞİRELİK SÜRECİNİN KULLANILMASI .....	23
II 1.10.1. Hemşirelik Uygulama Hedefi:.....	23
II 1.10.2. Hastanın Ağrısına Yönelik Veri Toplama: .....	23
II 1.10.3.Hastanın Ağrısını Tanılama:.....	24
II 1.10.4. Hemşirelik Uygulamaları: .....	24
II 1.10.5.Değerlendirme: .....	24
III. GEREÇ VE YÖNTEM .....	25
III.1.Araştırmanın Şekli: .....	25
III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:.....	25
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:.....	26
III.4. Araştırmanın Sınırlılığı:.....	27
III.5. Verilerin Toplanması .....	27
III.5.1. Veri Toplama Araçları:.....	27
III.5.2.Anket Formunun Uygulanması:.....	28
III.5.3. Araştırmanın bağımlı ve Bağımsız değişkenleri:.....	28
III.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi: .....	28
III.6 BULGULAR.....	29
III.6.1 Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Diğer Tanıtıcı....	29
III.6.2 Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi: .....	33
III.6.3 Hemşirelerin Ağrı İle Tutumlarının Değerlendirilmesi: .....	49
V. TARTIŞMA .....	56
VI SONUÇ .....	60
VII KAYNAKLAR.....	62
AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUM ANKETİ.....	65

**TABLolar DİZİNİ:****Sayfa No:**

<b>Tablo 1:</b> Hemşirelerin Çalışmaya katılımlarının Hastaneler Göre Dağılımı: .....	<b>29</b>
<b>Tablo 2:</b> Hemşirelerin Çalışmaya katılımlarının Servislere Göre Dağılımı: .....	<b>30</b>
<b>Tablo 3:</b> Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre .....	<b>31</b>
<b>Tablo 4:</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ağrı ile ilgili Eğitim Alma ve Yayın .....	<b>32</b>
<b>Tablo 5:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgilerinin doğru/yanlış oranları (Bulgular):..	<b>33</b>
<b>Tablo 6:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının C.BÜ. ve Devlet Hastanelerine Göre Ortalamaları:.....	<b>35</b>
<b>Tablo 7:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları: .....	<b>36</b>
<b>Tablo 8:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Yoğun Bakımlar ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları:.....	<b>37</b>
<b>Tablo 9:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları: .....	<b>38</b>
<b>Tablo 10:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Meslek Lisesi ve Lisansa Göre Ortalamaları:.....	<b>39</b>
<b>Tablo 11:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ortalamaları: .....	<b>40</b>
<b>Tablo 12:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları: .....	<b>41</b>
<b>Tablo 13:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Ağrı Eğitimi Almalarına Göre Ortalamaları: .....	<b>42</b>
<b>Tablo 14:</b> Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yayın Takip Etmelerine Göre Ortalamaları:.....	<b>43</b>
<b>Tablo 15:</b> Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hastanelere Göre Ortalamaları: .....	<b>45</b>
<b>Tablo 16:</b> Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi Dahili Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları: .....	<b>46</b>
<b>Tablo 17:</b> Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yaşları ve Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları:.....	<b>47</b>
<b>Tablo 18:</b> Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Eğitimleri ve Ağrı Eğitimi Almalarına Göre Ortalamaları:	<b>48</b>
<b>Tablo 19:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hastanelere Göre Ortalamaları: <b>49</b>	

<b>Tablo 20:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Cerrahi Birimler ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları: .....	<b>50</b>
<b>Tablo 21:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Dahili Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:.....	<b>51</b>
<b>Tablo 22:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Cerrahi Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:.....	<b>52</b>
<b>Tablo 23:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ortalamaları:.....	<b>53</b>
<b>Tablo 24:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları :.....	<b>54</b>
<b>Tablo 25:</b> Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Eğitim Almalarına Göre Ortalamaları :.....	<b>55</b>



## **ÖZET:**

### **Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi:**

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olabilen ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimlerini de kapsayan sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duydur. Hastanın ağrısını bilmek ve hastayı rahatlatmak hemşirenin birincil görevlerindedir. Bu nedenle hemşirelerin ağrı konusundaki bilgi ve tutumları oldukça önemlidir.

Araştırma, Manisa İli Celal Bayar Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi), Manisa Devlet Hastanesi, Merkez Efendi Devlet Hastanesini kapsamaktadır. Araştırmaya, Cerrahi, Dahili Klinikler, Acil Servis ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrı İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla Akdağ tarafından düzenlenen bilgi ve tutum anketi kullanılarak yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Ameliyathane ve polikliniklerde çalışan hemşireler birebir hasta ile birlikte olmadıkları ve hastayı takip etmedikleri için araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmayı kabul eden gönüllü hemşirelerden oluşmuştur. Veriler ağrı ile ilgili bilgi ve tutum anketi kullanılarak oluşturulmuştur. Veriler SPSS veri tabanında değerlendirilmiş , frekans, ortalama, ve Ki-Kare testi kullanılmıştır..

Araştırmada, hemşirelerin ağrı ile ilgili, doğru soru bilme ortalaması %34,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hemşirelerin %81.7'si ağrının özellikleri, %63.5'i analjeziklerin uygulama kuralları konusunda bilgili bulunmuştur. Ağrı eğitiminin hemşirelerin bilgi ve inançları üzerinde ilaçların uygulanması ve analjeziklerin etki mekanizmalarının bilinmesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Araştırmanın sonucunda hemşirelerin ağrı tanınması, ağrı konusunda, tutumları ve hemşirelik yönetimi konusunda orta düzeyde bilgiye sahip oldukları ve ağrı konusunda yayın takip etmedikleri görülmüştür. Hemşirelik eğitim müfredatında Ağrı ile ilgili eğitime önem verilmesi, ağrı konusunda hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi ve bu konuda hemşirelerin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, bilgi, tutum, hemşire

## **SUMMARY:**

### **Nurses' Knowledge Attitudes and Behaviors Related to Pain Assessment:**

Pain is caused by any part of the body, or without an organic cause that can be connected to a person's past experiences, including sensory, emotional, unpleasant. Therefore, nurses' knowledge and attitudes about pain is very important.

The research covers Celal Bayar Application and Research Center in Manisa, State Hospital of Manisa and Merkez Efendi State Hospital. This researching is descriptive study which using knowledge and attitude surveys that prepared by Akdağ for utilizing emergency and intensive care nurses, internal clinics and surgery clinics about pain.

Nurses that work on operating room and polyclinics have not been taken this research because of the fact that they don't be with patients and in order not to observe patients. The sample consisted of research is built by volunteer nurses who accepted this research. Informations were built on knowledge and attitude survey data related to pain. The data were evaluated using SPSS data base. Frequency, mean, and chi-square test was used.

%34.4 percent of nurses are questions answered correctly. %81.7 percent of nurses are knowledgeable about the characteristics of pain. %63.5 percent of nurses are application of analgesics knew. There are important differences between. It seemed that there is significant difference statistically about knowledge of impact of mechanism of analgesics and application of pain education on nurse's beliefs and knowledge.

As a result of our resarch it is seemed that nurses don't follow publications about pain and they have average information about pain assesment,attitudes and nursing management.Nursing education curriculum should be studied on,preparing in-service training about pain and giving information to nurses about these issues are recommended.

**Key words:** Pain, knowledge, attitude, nurse

## I GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı tedavisi Multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren bir durumdur. Sağlık ekibinin en önemli üyelerinden biri olan Hemşirelerin ağrı konusundaki bilgi ve tutumları, ağrı mekanizmaları değerlendirilmesi ve ağrının kontrolü konusunda yeterince bilgili olmaları şarttır (1,2).

Ağrı yataklı sağlık merkezlerinde tedavi gören veya yataklı birimlerde tedavi görmeyen tüm insanların ortak bir sorunudur ve ancak etkili bir ağrı yönetimi ile tedavisi olasıdır (3).

Ağrı bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir olgudur. Aynı zamanda birçok hastalığa eşlik eden karmaşık ve kişisel bir durumdur. İnsanlığın var oluşundan bu yana varlığı bilinen ağrı; hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli semptomların başında gelmektedir (4).

Ağrı ve hemşirelik yönetimi ağırlı hastanın rahatlamasında oldukça önemli ve vazgeçilmez bir yere sahiptir. Hemşirelerin ağrı konusundaki bilgi ve tutumları, hasta-hemşire ilişkilerini önemli ölçüde etkiler. Çünkü hemşirenin bilgi ve deneyimleri, ağırlı hastaya yaklaşımı, hastanın ağrısıyla başa çıkabilmesi üzerinde çok etkili olabilmektedir. Hemşirenin ağırlı hastaya yaklaşmayı bilmesi, sunacağı hizmetin etkinliğini artırması bakımından oldukça önemlidir (5,6).

Ağrı yönetimi; ağrı tanınması ve yönetiminde önemli bir role sahip olan hemşireler için de önemli bir sorundur. Hemşirelerin bilgi ve davranışlarındaki eksiklikler etkisiz ağrı yönetiminin bir nedeni olarak görülmektedir. Hemşireler opioid analjezik ilaçlar, bağımlılık korkusu, tolerans ve ağrıyı sistematik bir şekilde tanılama, ağrının hasta tarafından ifade şekli, konularında yeterli bilgiye sahip değildirlir (7,8).

Hemşirelerin ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları, ağrı kontrol yöntemlerinin geliştirilmesinde etkili olacaktır. Ağrı kontrolünde birincil uygulayıcılar hekimler olsa da hasta takibi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmiş hemşirelerin uygulamaların daha sorunsuz ve başarılı olmasında önemli görev üstlendikleri bir gerçektir (1).

Hemşirelerin ağrı mekanizmalarının değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterli bilgi sahibi, ağrı konusunda beceri ve deneyim sahibi olmaları ağrı yönetimi için oldukça önemlidir (6).

Bilindiği gibi Hemşirelik mesleği hastayı rahatlatma felsefesi ile var olan bir meslektir. Bu nedenle ağrı yönetimindeki en önemli rolü; Ağrının nedenlerini, ağrının özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, ağrıyı değerlendirmeyi bilmek, ağrıyı geçiren faktörlerin ve uygulamaların bilinmesi ağrılı hastanın rahatlatılmasında oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmaları şarttır.

Ağrı dinamik bir deneyimdir ve bunu anlamak Hemşireliğin önemli bir sorumluluğudur. Ağrı kontrolünde Hemşireler önemli bir rol üstlenmektedirler. Ağrı yönetiminde önemli bir yeri olan ve Sağlık ekibinin en önemli parçası olan hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgi, deneyim, inanç ve tutumlarını belirlemek çalışmanın amacını oluşturmaktadır.



## II GENEL BİLGİLER

### II. 1.AĞRI:

#### II.1.1.TANIM :

Sözlük anlamı vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli bir acı olan ağrı, sağlık bakımı gerektiren oldukça önemli bir durumdur. Ancak ağrı çok iyi anlaşılammıştır ve günümüzde de en önemli tıbbi sorunlardan biri olmaya devam etmektedir (9,10,11).

Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, bireysel özelliklerinden etkilendiği için anlaşılması ve tanımlanması oldukça güç bir kavramdır (12).

**Dünya Ağrı Araştırmaları Derneğinin (IASP = International Association for the Study of Pain) ağrı tanımlaması:** Var olan ve olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyimdir. Ağrı, Norofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel olmak üzere çok boyutlu bir deneyimdir. Sınıflaması oldukça karmaşık, tedavisi ise zor bir durumdur (13,14,15).

Ağrı deneyimi dinamik bir olgudur ve hastanede gece gündüz hizmet veren ve hasta ile devamlı birlikte olan hemşirelerin sorumluluğundadır. Hastaların kaliteli hemşirelik bakımı, hemşirelerin ağrı konusundaki bilgi ve deneyimlerine bağlıdır( 16).

Hemşire hastasının ağrı kontrolünü sağlamak için hasta ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile sürekli işbirliği yapmak zorundadır. Bütün bunların yanında hemşireler, ağrı yönetimi ve ağrının hafifletilmesinden etik olarak sorumludur (10,17).

## II.1.2. AĞRININ TARİHÇESİ:

İnsanlık tarihi kadar eski olan ağrı, herkesin yaşamının bir döneminde karşılaştığı bir olgudur (9,10).

İlkel toplumlar ağrının kaynağının bedene hükmeden kötü güçlerin insanın içine cinler soktuğuna ve bu cinlerin insanın yaşamsal özünü aldığına inanılmaktaydı. Bu dönemde sıcak ve soğuk uygulama ile çamur banyoları ve bazı bitkisel maddeler ağrı tedavisinde kullanılmıştır. Ortaçağda ağrının Tanrı'nın isteğine ve kötü ruhlara bağlı olduğuna inanılmıştır. Eski Mısır uygarlığında ağrının dinsel ya da batıl inançlarla ilişkilendirildiği görülmekte ve diş ağrısına karşı soğuk uygulamanın kullanıldığı belirtilmektedir (18,19).

Eski Hint Uygarlığının kutsal kitabı Rigsera'da günümüzde de kullanılmakta olan analjeziklerden söz edildiği bilinmektedir. Bu dönemde Budizm'in bilimsel gelişmeleri olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (9).

Çin Uygarlığında ise eski çağlarda akupunktur uygulamalarının olduğu bilinmektedir.

Eski Yunan Uygarlığında Hipokrat ve önemli Bilim Adamı Democritus'un ağrı ve ağrı teorileri konusunda çalışmalar yaptıkları bilinmektedir (9,20).

Eski Roma Uygarlığında Disscorides ilk defa analjezik tableti üretmiş, Galen ise ağrının tanımını yapmıştır (9,20).

Rönesans döneminde bilimsel çalışmalar hızlanmıştır. Eski Uygarlıkların Ağrı konusunda yapmış oldukları çalışmalar günümüzdeki bilimsel çalışmalara önemli bir temel oluşturmuştur.

19. Y.Y ve daha öncesinde birçok analjezik kullanılmıştır. Bu dönemde Sertürner tarafından morfin, Hoffman tarafından aspirinin üretilmesi ağrı konusunda ve ağrı kontrolündeki gelişmelerin çok önemli bir göstergesidir.

Ağrı konusundaki çalışmalar özellikle ikinci dünya savaşı sonrasında olmuştur. Savaş sırasında acı çeken hastalara yardım etmeye çalışan hekimlerin edindiği deneyimler, bugün Algoloji adını verdiğimiz ağrı biliminin doğmasında temel oluşturmuştur ( 21).

1974 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) kurulmuştur.

1977 yılında Synder tarafından ilk kez opioid reseptörleri gösterilmiştir. 1978 yılında Yaksh vücudun morfine benzer maddeler salgıladığını ileri sürmüştür (21,22).



### **II.1.3. AĞRININ FİZYOLOJİSİ:**

Ağrı kompleks bir algılama deneyimidir ve iki bileşeni mevcuttur..Bunlar :

#### **II.1.3 .1.Fizyolojik (fiziksel) veya Periferik Bileşenler:**

Santral sistemlere giden bütün anatomik duyuşal yollardan oluşur. Bu duyuşal uyarıdır ve sinirlerin özellikleri ile birlikte yüksek merkezlerdeki gerçek enformasyonu oluşturur.

#### **II.1.3 .2.Psikolojik veya Santral Bileşenler:**

Santral bileşen üç majör psikolojik boyuttan oluşur :

- 1) Duyusal diskriminatif boyut,
- 2) Motivasyonel - affektif (hissi) boyut,
- 3) Kognitif (bilişsel) - değerlendirme boyutu.

Bunlar bir deneyim şekli oluşturmak üzere bir araya gelirler. Santral komponent içinde stimülusun algılanması ve emosyonel cevabı barındırır. Bir duyuşal impulsun hoş olan veya olmayan niteliği, önceki deneyimlerin gözden geçirilmesi ve bilişsel tekrar yoluyla modülasyonu burada şekillendirir. Ağrıyı belirtmek için her kişi tarafından kullanılan kriterler ve alınacak tavır önemli farklılıklar gösterir ve buna uygun bir reaksiyon modeli belirlenir. IASP (The International Assosiaciton for the Study of Pain) ağrıyı bir deneyim olarak tanımlamaktadır. Ağrılı birey ile, konuşmadıkça, hiç bir kişi diğzerinin deneyimini bilemez düşüncesini savunmaktadır. Çünkü ağrıyı objektif olarak ölçmek olanaksızdır. Bu nedenle hemşire hastanın ağrısının varlığına güvenmeli ve yardım edebilmek için ona inanmalıdır (13,23).

## **II.1.4. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI:**

### **II.1.4.1 Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrının Sınıflandırılması:**

#### **II.1.4.1.1. Nosiseptif Ağrı**

Doku hasarı sonucu oluşan, ancak sinir uçlarının sağlam olduğu durumlar nosiseptif ağrı olarak tanımlanır. Nosiseptörler, sinir sistemi dışında olan tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarılar, nosiseptörler tarafından algılanır. Nosiseptif ağrı da, somatik ve visseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır (23,24,25,26).

#### **II.1.4.1.2. Visseral Ağrı:**

Hasta tarafından genellikle sancı şeklinde ifade edilir. C lifleri ile taşınırlar, lokalize edilemez ve yansıyan ağrı olarak hissedilirler. Visseral ağrı, ciltteki nosiseptörlere göre daha az sayıda nosiseptör barındıran iç organlardan kaynaklanmaktadır. Toraks, abdomen veya pelvik dokulardan köken alır. Derin, yaygın, sızlama şeklinde, lokalizasyonu zor ve yansıyan özelliğindedir. Hastalar genellikle visseral ağrıları nedeni ile doktora başvururlar ve birçok hastalığın ilk belirtisi visseral kaynaklı ağrı olabilmektedir. Bu nedenle visseral ağrının değerlendirilebilmesi oldukça önem arz eder (27).

#### **II.1.4.1.3. Somatik Ağrı:**

Periost, plevra, periton ve fascia ağrılarıdır. Batıcı ya da yanıcı özelliğindedir. A-d ve C lifleri ile taşınır, lokalize edilmeleri visseral ağrılara göre daha güçtür. Visseral ağrı ile Somatik ağrı arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyuşal liflerle, visseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. Somatik ağrı daha yoğun ve acı vericidir; visseral ağrı ise yaygın ve zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür (28,29).

#### **II.1.4.1. 4. Nöropatik Ağrı:**

Nöropatik ağrının en sık nedeni Periferik sinir hastalıklarıdır. Nöropatik ağrı birçok jeneralize, simetrik polinöropatinin belirgin özelliklerindedir. Hastalarda özellikle küçük liflerin başlıca tutulduğu olgularda, polinöropatinin nedeni anlaşılabilir. Fakat saptanabilen ağrılı polinöropatiler içindeki en sık nedendir (28,29).

Nöropatik ağrı, nörolojik bir yapı veya işlevin değişmesiyle ortaya çıkar. Nöropatik ağrının nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı, nosiseptif uyarının devamlı olmasıdır. fonksiyon bozukluğu sorunu başlatır ve sinir duyarlı hale geldikten sonra ektoptik bir uyarı yayar. Büyük ve küçük lifler arasında çapraz bir etkileşim olur ve merkezi işlevlerde bir hasar meydana gelir.

**Santral nöropatik ağrı:** Merkezi sinir sisteminde talamik ağrı, inme sonrası ağrı, parapleji sonrası ağrı, kuadripleji sonrası ağrı v.b. ağrıya yol açan bir lezyon mevcuttur. Bu ağrı sendromunun tedavisi oldukça zordur.

**Periferik nöropatik ağrı:** Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diyabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyonun varlığı söz konusudur(28,29).

#### **II.1.4.1.5. Psikojenik Ağrı:**

Ağrı fiziksel olduğu kadar ruhsal bir deneyimdir. Ağrının beden hasarına sebebiyet veren ve kişisel bir deneyim olduğu söylenebilir. Acı sözcüğü ise hem fiziksel hem de ruhsal bir anlam taşır. Ağrı öznel bir duyumdur, akson ya da nöronda ne olduğu sağlık profesyonelleri için önem arzetmez kişinin ne hissettiği ne anlattığı daha fazla önem arzeder. Ayrıca anksiyetenin varlığı ağrı şiddetini artırmasına karşın önemli bir spor karşılaşması, şiddetli bir kavga, savaş gibi uyarıların çok fazla olduğu durumlarda ağrı duyarlılığı oldukça azalır (30,31).

## **II.1.4. 2. Süreye Göre Ağrının Sınıflandırılması:**

### **II.1.4. 2.1 Akut Ağrı:**

Akut ağrı herhangi bir hastalığın semptomu olarak ortaya çıkabilmektedir. Akut ağrı, anksiyete, otonomik ve hormonal karışıklıkların bir arada oluşmasına, adrenalin, noradrenalin ve serotonin düzeylerinde artışa sebep olmaktadır. Plazma kortizol ve antidiüretik hormonun yükselmesi söz konusudur. Akut ağrıda hastada hafif bir hipertansiyon, taşikardi, soğuk terleme, kas seğirmeleri gibi semptomlar ortaya çıkabilir.

### **II.1.4. 2.2 Kronik Ağrı:**

İştah azalması, enerjide azalma, uyku düzensizliği, apati, kan basıncında düşme, kronik ağrının en belirgin özellikleridir.

Kronik ağrı, bir akut ağrı gibi herhangi bir hastalığın belirtisi değil, kendisi bir sendromdur. Dolayısıyla Kronik ağrının bir hastalık olarak ele alınıp tedavi edilmesi gerekir. Kronik ağrının çeşitli yan etkileri de vardır. Kronik ağrı SSS'de wind-up ya da nöronal plastisite ile hasara yol açar. Yine BOS'un biyokimyasal yapısı da değişmektedir. Bunların sonucunda ağrının algılanması artar. Bunun yanında ağrı katabolizmayı hızlandırır. Bunun sonucunda yara iyileşmesi gecikir, kas yıkımı ve jeneralize bir güçsüzlük meydana gelir. Kişi ağrı nedeniyle ekstremitelerini daha az hareket ettireceğinden trombüs oluşumu ve emboli riski artacaktır. Özellikle göğüs kafesi çevresindeki ağrılarda nefes alma güçleşir, solunum yüzeyleşir. Stres hormonlarının artması sonucu vücutta sodyum ve su tutulumu olur. Ağrı sonucunda hastada anksiyete, depresyon, uykusuzluk meydana gelir ve bütün bunların sonucunda hastanın suisid düşünceleri ortaya çıkabilir. Kronik ağrının ortaya çıkardığı tüm bu yan etkileri önlemek için ağrının mutlaka kontrol altına alınması ve tedavi edilmesi gerekir (13,32).

## **II.1.4. 3. Ağrının Etyolojisine Göre Sınıflandırılması:**

Ağrının sebebine göre yapılan sınıflamadır. Kansere ağrısı, Postherpetik nevralji, Orak hücreli anemiye bağlı ağrı, Artrit ağrısı etyolojik ağrılara örnektir.

## **II.1.4. 4. Ağrının Bölgesine Göre Sınıflandırılması:**

Bölgesel sınıflamada hekim, hemşire ve hasta ağrıyı anatomik olarak sınıflarlar. Örneğin baş ağrısı, yüz ağrısı, bel ağrısı, pelvik ağrı v.b. gibi.

## **II.1.5 AĞRI PATOGENEZİ ve İLETİM YOLLARI:**

Normalde ağrı, bilinci yerinde olan beyine impulsların miyelinli A delta lifleri veya myelinsiz C nosiseptif sinir lifleriyle iletilmesi sonucu oluşur. A ve C liflerin duyuşal uçları fizyolojik koşullarda sadece güçlü ve zararlı uyarınlarla aktive olurlar ve beyin bu uyarıyı ağrı olarak algılar. Bunun yanında uzun süre tekrarlayan ve güçlü uyarınlar ağrı sistemini etkiler ve genellikle duyarlı hale gelmesini sağlar. Bu durum patofizyolojik ağrıya neden olur. Temelde üç patofizyolojik ağrı süreci mevcuttur:

**II.1.5.1 Periferik Sensitizasyon:** Doku travması, enfeksiyon v.b durumlarda nosiseptif uçların aşırı duyarlı hale gelmesi durumdur. Zayıf olan ve önceden zararlı olmayan uyarılar bile nosiseptörleri aktive eder ve ağrı oluştururlar.

**II.1.5.2 Ektopik Ateşlenmeler:** Normal duyuşal nöronların aşırı uyarılabilir hale gelmesi ve yollarının üstündeki normal bölgelerdeki ektopik deşarjlarıyla meydana gelir. En çok görüldüğü bölge hasarla ilişkili olan dorsal kök gangliyonudur. Akson hasarı, dorsal kök gangliyonundaki duyuşal hücre gövdesinde impuls areketliliğindeki değişimle saptanır. Böylece duyuşal impulsların oluşumundan sorumlu çeşitli iyon kanallarıyla membran reseptörlerinin sentez ve dağılımında farklılıklar olur.

**II.1.5.3. Amplifikasyon artışı.** Omurilik ve beyindeki devrelerde amplifikasyon artışı meydana gelir.. Ağrılı bir uyarı meydana geldiğinde omuriliğın amplifikasyon düzeni bozulur ve ağrıda artış olur (23,33,34).

## **II.1.6.AĞRI TEORİLERİ:**

Ağrı teorileri ağrılı hastaya hemşirelik yönetimi uygulayan ve bakım veren hemşireye ağrı hakkında yapacağı araştırmalar ve ağrı giderme yöntemlerine ilişkin kavramsal bilgi verir. Ağrı konusunda birçok teori ileri sürülmüştür. Bu teorilerden en fazla bilinen ve en fazla kabul gören başlıca iki önemli teori vardır (13,35).

### **II.1.6.1.Kapı Kontrol Teorisi**

Kapı kontrol teorisi 1965 yılında Wall ve Melzack tarafından ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre , ağrının ilk olarak spinal kord da kontrol edildiği savunulmuştur. Sinir lifleriyle omuriliğe gelen ağrılı uyarılarla ilgili bilgiler ilk olarak omurilikte değerlendirilir.Yine bu teoriye göre ağrının varlığı, şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır ve sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder; eğer kapı açık ise ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşmaz ve ağrı hissedilmez.

Ağrı bilgisi beyine spinal kordun dorsal hornunda ulaşır. Bu bilgi kapının açık ya da kapalı olmasına bağlı olarak substantia gelatinosada değiştirilebilir. A delta lif ve C liflerinden alınan bilgi substantia gelatinosada, ağrı impulslarının transmisyonunu artıran P maddesinin salınımını uyarır. Isı değişimi, basınç veya vibrasyon gibi başka periferik uyarılar olduğunda bu impulslar daha ince olan A beta lifleri ile taşınacaktır. Bu lifler myelinlidir ve A delta ve C liflerinden daha düşük uyarı eşiğine sahiptir. Eğer impulslar düşük eşikte gönderilirse, A beta lifleri küçük nosiseptif liflerin hareketini aşar ve sonra inhibitör nörotransmitterler substantia gelatinosadan salınarak P maddesinin salınımını inhibe ederler. Ancak nosiseptif liflerin uyarısı A beta liflerinden büyükse inhibitör etki olmayacak ve kapı açık kalacaktır. Kapının açılması ve kapanmasında üç faktör rol oynar, bunlar ağrı liflerinin aktivite derecesi, diğer periferik liflerin aktivite derecesi ve beyinde inen mesajlardır. Fiziksel, mental ve duygusal değişimler de burada kapının açılıp kapanması aşamasında etkilidir (36,37).

#### **II.1.6.1.1 Kapı Kontrol Teorisinin ağrının giderilmesindeki etkileri:**

##### **II.1.6.1.1.1. Deri uyarısı ile ağrı giderilebilir**

Kapı kontrol teorisine göre deride çok sayıda büyük çaplı lif mevcuttur. Bu nedenle dokunma uyarıları ağrı giderme potansiyeline sahiptir.Örneğin; masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur v.b kapı kontrol teorisinin direkt uygulamasının örnekleridir (36,37).



#### **II.1.6.1.1.2. Normal olan ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:**

Beyin sapında bulunan retiküler yapı duyuşal girdileri düzenlemektedir. Kişiy yeterli ya da aşırı derecede duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri düşük miktarda ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açık kalır ve ağrı uyarıları geçer. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Hemşirelik Yönetiminde düşünme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ve uygulanması ile hastanın ağrısı hafifletilebilir (36,37,38).

#### **II.1.6.1.1.3. Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında hastaya doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir:**

Kişinin duyguları, düşünceleri ve belleğinde varolan olaylar korteksteki ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Kişinin ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir. Bunun başarılması hemşirenin hastayla ilişkisi ve hasta eğitimi ile mümkündür. (Kocaman 1994). Kapı Kontrol Teorisinde yalnızca nörofizyolojik fonksiyonların değil, aynı zamanda affektif ve tutumsal boyutlarında ağrı duyuşunun iletimi ve algılanmasını etkileyeceği savunulmuştur. Yapılan çalışmalarda anksiyetesi yüksek olan veya ağrıyla ilgili olumsuz deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha üst düzeyde ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi ağrı ve ameliyat ile ilgili bilgi vermenin ameliyat sonrası hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir (38).

#### **II.1.6.2. Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları):**

1970'li yıllarda , vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddelerin varlığı tanımlanmış ve bunlara *endorfin* adı verilmiştir. **Endorfin** terimi **endojen** ve **morfin** kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır ve içinde **morfin** olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılanmasına neden olduğuna inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini engellemek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde bulunmaktadır. Masaj gibi bazı farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin endorfin salınımını uyararak ağrıyı azalttığı gösterilmiştir(38).

## II.1.7.AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ:

Daha önce de tanımladığımız gibi Ağrı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetiyle birlikte görülen veya doku harabiyeti olmadan meydana gelen, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili olabilen, kişinin hoşuna gitmeyen emosyonel bir duyumdur. Ağrının algılanmasında, tanımlanmasında ve bu ağrıya gönderilen reaksiyonda kişiden kişiye farklılıklar görülecektir. Subjektif kriterler taşıyan bu durumu objektif olarak değerlendirmek oldukça zordur. Ağrı, subjektif deneyimlere bağlı ise hastanın, ağrısının tanımlanmasını sağlamada ona yardımcı olabilmek için anahtar kelimeler, cümleler, ağrı örnekleri vermek gereklidir. Ağrı değerlendirilmesi için geliştirilen tüm yöntemler bu amaca yönelik olarak düzenlenmiştir. Ağrının doğru değerlendirilmesinde ve doğru olarak algılanmasında, bazı temel özellikleri göz önünde bulundurmak çok önemlidir (39,40).

Ağrı kontrolünde bazı yetersizlikler görülebilmektedir. Bu yetersizlikler arasında; sağlık bakım ekibinin ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması ve bunun sonucunda ağrı nedenini ve ağrının giderilmesine ilişkin yanılgılara düşülmesi, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamaların etkin bir şekilde kullanılmaması, bazı hastaların ağrıyı hastalığın doğal durumu olarak kabul etmesi ve bunun sonucunda ağrı bildiriminde bulunmaması, yaşlı hastaların ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir süreci olarak kabul etmeleri, ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi şeklinde sıralanabilir (6).

Hastanın ağrısı değerlendirilirken fiziksel psikolojik, sosyal, çevresel faktörlerin tümü ele alınmalıdır. Çünkü bu faktörler birbiri ile sürekli etkileşim halindedir ve bireyin ağrı düzeyini bir bütün olarak etkilemektedir (41).

Her hasta ağrı deneyimini kendine özgü davranışlar ve kendi diliyle tanımlar. Ağrının dilinden anlamının en kolay yolu ise şikayetlerinizi bu konuda deneyimli olan bir hekim ya da hemşire ile olasıdır.

### II.1.7.1.GÖZLEM

Ağrının değerlendirilmesinde ilk aşama gözlemdir. Hastanın fiziksel aktivitesindeki artış ya da azalmalar, ilaç kullanımı, yüz ifadesi, sesle verilen bilgiler, iç çekme, inleme, duruş, yürüme bozuklukları, ağrıyan bölgeyi ovuşturma ya da destekleme, sürekli aynı pozisyonda kalma ya da sık sık pozisyon değiştirme gözlemlerle ağrı konusunda yapılacak değerlendirmenin temelini oluşturur.

Ağrının değerlendirilmesinin en önemli kısmı ve asıl amaç hastanın verdiği bilgidir. Ancak Hastanın verdiği bilgi ile doğru ve etkin tedavinin yapılması ve ağrının bu doğrultuda giderilmesi olasıdır (23,42).

### II.1.7.2.ANAMNEZ

Sağlık profesyonelleri tarafından hastayla ilgili olan faktörler araştırıldıktan sonra, ağrıya yönelik bilgiler sorgulanmalıdır. Ağrı anamnezinde ağrının yeri, başlama zamanı, yerleşimi, yayılımı, ne kadar süredir devam ettiği, sıklığı, seyri, niteliği, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler, mevcut hastalığın öyküsü, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca geçmiş medikal hikâye, ilaç alerjisinin olup olmadığı, geçmiş ağrı deneyimleri, fizik ve psikolojik hikâye ve aile anamnezinin de alınması oldukça önemlidir (23,42).

### II.1.7.3.KLİNİK MUAYENE

Gözlem ve anamnez aşamasından sonra genel beden muayenesi yapılır ve hasta tarafından ağrıya verilen yanıt gözlemlenir. Ağrının nabız, solunum, kan basıncına olan etkisi yine sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilebilir.

Sözlü olarak yapılan ağrı değerlendirmelerine olan güvensizlik, ağrının değerlendirilmesinde, fizyolojik ve davranışsal değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli etken oluşturmuştur. Bunlardan; inleme, kas çatma, yüz buruşturma ve ağrılı uygulamalardan kurtulmak için girişimlerde bulunma **Davranışsal bulguların**, Plazma kortizol ve katekolamin düzeyindeki artış, Kardiyovasküler parametrelerdeki değişiklikler, Solunumsal parametrelerdeki değişiklikler **Fizyolojik bulguların**, plazma beta endorfin düzeyi ve cilt ısısındaki değişiklikler **Nörofarmakolojik bulguların**, Sinir ileti hızı ve uyarılmış yanıtlar **Nörolojik bulguların**, beyin, kan ve BOS' ta, endojen opioidlerin düzeyindeki değişiklikler de **Biyokimyasal bulguların** göstergesidir (43,44).

#### **II.1.7.4.AKUT AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ:**

Hastanın ağrısının en hızlı ve güvenilir şekilde değerlendirilmesi hemşirelik yönetiminin en önemli parçasıdır. Hemşire akut ağrı değerlendirmesi yaparken:

- Hastanın ağrı değerlendirilmesine aktif olarak katılmasını sağlamalıdır,
- Düzenli olarak Hastaya ağrı sorgulaması yapmalıdır,
- Hastanın ağrısını dinlendiği ve hareket ettiği gibi durumlarda değerlendirmelidir
- Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon olarak ele alınmalı anamnezi de bu doğrultuda almalıdır,
- Kötü veya yüksek ağrı skorlarında ağrı tedavisini tekrar gözden geçirmelidir (45).

#### **Ayrıca bu değerlendirmelerin yanında;**

Ağrının doğru değerlendirilmesinde , temel bazı özellikleri göz önüne almak gerekir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir.

- Değerlendirme yapılırken ön yargıdan uzak çeşitli değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır.
- Bütün bilgiler güvenilir ve tama yakın olacak şekilde hemen sağlanmalıdır.
- Hastanın ağrısının niteliği ve duyumsal farkı ayırt edilmelidir
- Deneysel ve klinik ağrı değerlendirilmeli ve buna göre ikisi arasında karşılaştırma yapılabilmelidir
- Sağlık ekibi veya gruplar içindeki ağrı değerlendirilmesi kesin e geçerliliği onaylanmış skalalar ile yapılmalıdır (45).

Ağrı değerlendirilmesinde meydana gelen güçlükler genellikle değişik hastaların farklı deneyimleri, cins, yaş, etnik grup hastanın geçmişinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kişiler arasında ağrı kalitesinin değerlendirilmesinde kesin ve standart bir yol yoktur. Ağrının yeri, ağrı örneği, ağrının süresi, hastaların verdikleri bilgilerde farklılıklar olabilmekte ve bütün bunlar, hastada depresyon ve anksiyeteyi de tetikleyebilmektedir. Görüldüğü üzere ağrıyı değerlendirmek oldukça güç bir durumdur. Son yıllarda Ağrı değerlendirilmesi için birçok çalışma yapılmış olsa da, hala sorunu çözebilecek, bir yöntem, cihaz veya benzeri bir ilerleme kaydedilememiştir.

Ağrının değerlendirilmesinin en kolay yolu, hastanın ağrısının olup olmadığını sorgulamaktır. Fakat her hasta ile diyalog kurmak mümkün değildir, diyalog kurulan ve yanıt alınan hastalarda da, tam ve yeterli bir ağrı değerlendirmesi yapmak çok mümkün olmamaktadır ( 45).

### **Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastalar;**

- Yeni doğanlar,
- İleri derecede psikolojik bozukluğu olan hastalar,
- Endotrakeal tüpü olan hastalar,
- Yaşı 85' in üzerinde olan hastalar,
- Sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanamayan hastalar,
- Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olan hastalardır.

Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirilmemesi gerekir. Çünkü bu davranış veya ihmal ağrının olası olumsuz etkilerinin veya komplikasyonlarının ortaya çıkmasına sebep olacaktır. Böyle bir durumda gerçekten ağrısını ifade edemeyecek olan hastalar ile ifade etmek istemeyenler dikkatlice değerlendirilmeli ve ayırt edilmelidir; ağrı nedenleri ve hastanın durumu göz önünde bulundurulmalı değerlendirme bu doğrultuda yapılmalıdır (1,6,44).

Diyalog kurulabilen hastaların ağrılarının şiddetlerini değerlendirilirken hastanın ağrısının olması değerlendirme için yeterli değildir. Bu nedenle ağrı ölçümünde ve değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti düzeyini ifade edebilmek için sıralanmış sayı, kelime ya da işaretlerden yararlanılmaktadır (43,46).

## II 1.7.5. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN SKALALAR:

### II 1.7.5.1. Sözel Tarif Skalaları: (Verbal Descriptor Scales-VDS)

Hastanın ağrısını tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrının şiddeti, en hafiften dayanılmaz dereceye kadar dört kategoriden oluşur. Hasta bu kategorilerden ağrısına en uygun olanı seçer ve işaretler. Ağrı; şiddetli-orta-hafif-yok gibi dört ifade ya da yaygın olarak 1-10 sayısal skala gibi yöntemlerle belirlenir (47,49).

### II 1.7.5.2.Sayısal Değerlendirme Skalaları: (Numerikal Rating Scale; NRS)

Ağrının şiddetinin değerlendirilmesine yönelik olan skala hastanın ağrısını sayılar ile açıklamasını sağlar. Skalada ağrı yokluğu (0) ile ifade edilirken, dayanılmaz ağrı 10 ya da 100 ile ifade edilir. Sayısal skalalar ağrıda şiddetinde meydana gelen değişiklikleri , hastalar tarafından kolay anlaşılır ve kullanılabilir olması, sayısal skorlama yapılabilmesi ve kayıta kolaylık sağlaması,en yüksek ve en düşük etkisini değerlendirilmesinde yararlı oldukları için daha çok kullanılmaktadır (47,49).

### II 1.7.5.3.Görsel Analog skala (Visual Analogue Scale; VAS)

Ağrı şiddetini ve ağrının geçmesini ölçmek için kullanılabilir. Özellikle, tedaviye verilen yanıtların belirlenmesinde kullanılır. Genellikle 10 cm uzunluğunda, *Ağrı Yok* ile başlayıp *Dayanılmaz Ağrı* ile biten bir cetveldir. Bu cetvelde sadece iki ucu yazılı olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada, cetvel üzerinde bulunan tanımlama kelimeleri de olabilir. Çoğunlukla vertikal hat tercih edilmektedir. VAS cetveli kullanılmadan önce hastaya açıklama yapılmalıdır. Hasta ağrısının şiddetini, bu hat üzerinde uygun gördüğü yerde işaretler. *Ağrı Yok* başlangıcı ile hastanın işaretlediği nokta arası cm olarak ölçülür ve kaydedilir (47,49).



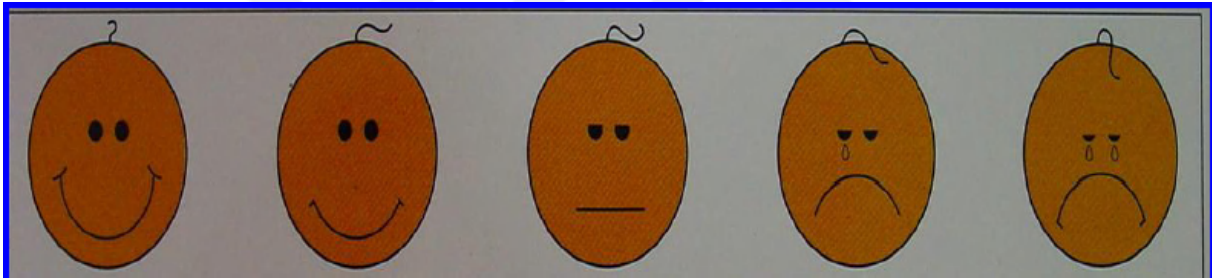


#### **II 1.7.5.4. Analog Renkli Devamlı Skala (Analog Chromatic Continuous Scale-ACCS)**

VAS cetveline benzer bir skaladır. Skalanın bir yüzünde 100 mm'lik cetvel diğer tarafında açık pembe renkten koyu kırmızıya kadar renk değişikliği olan şerit mevcuttur. Ağrının azlığı ile dayanılmaz ağrı arasında renk farklılığı ve bu renklerin karşılığı olan ölçüler ile değerlendirme yapılabilmektedir (47,49).

#### **II 1.7.5.5 Yüz İfadesi Skalası ( Face Scale-Fs):**

Yüz ifadesi skalası VAS cetvelinin veya 5 tanımlı skalanın kullanılmadığı, lisan veya mental kapasite azlığında ve daha çok çocuklarda kullanılmaktadır. Bu skalada sürekli farklı ağrı türleri ile ilişkili olan birkaç yüz hareketini tanımlamıştır.(47,49)



#### **II 1.7.5.6 Dermatomal Ağrı Çizimi:**

Oldukça basit ve kullanılması kolay bir yöntemdir. Ağrı yerinin kesin saptanmasında ve tedaviye yönelik girişimlerin gerekliliği konusunda yol gösterici olabilir. Bir kart üzerinde vücut ön, arka ve oblik olarak çizilmiş ve dermatomlara ayrılmıştır. Kart hasta tarafından ağrının farklı şiddetleri için değişik tonda renk ile boyanabilir veya hasta tarafından işaretlenebilir (43,48).

## **II 1.8.AĞRI KONTROLÜ:**

### **II 1.8.1. AĞRININ FARMAKOLOJİK YÖNTEMLERLE KONTROLÜ:**

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolünden tüm sağlık ekibinin üyeleri sorumludur. Hekim hastanın fiziksel patolojisine göre hastaya ilaç yazar; hemşire ise ilacı uygular, hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirir ve hastanın ağrısı hakkında sağlık ekibine bilgi verir. Hemşirenin ağrı tedavisine gerekli katkıyı sağlayabilmesi için, ağrının farmakolojik uygulamalarını bilmesi ve bu konuda deneyimli olması, bu bilgi ve deneyimlerini hekim ve diğer ekip üyeleri paylaşması gerekmektedir. Analjezikler en sık postoperatif ağrılar ve kanser ağrılarında kullanılmaktadırlar (49).

#### **Ağrı giderilmesinde kullanılan analjezikler üç grupta toplanabilir:**

1. Narkotik olmayan analjezikler
2. Narkotik analjezikler
3. Adjuvan analjezikler

#### **II 1.8.1.1 Narkotik Olmayan Analjezikler:**

Narkotik olmayan analjezikler reçete gerektirmez ve elde edilmesi kolaydır, yan etkileri azdır ve ağrının giderilmesinde etkilidirler. Bu nedenle narkotik olmayan analjezikler oldukça sık ve fazla kullanılmaktadırlar. Perifer kaynaklı akut ya da kronik ağrılar, bel ağrıları, baş ağrıları, dismenore, bazı malign tümörler, bazı kanser ağrıları, ve postoperatif ağrılarda narkotik olmayan analjezikler kullanılır. A arşidonik asitin siklooksijenaz enzimi tarafından yıkılması sonucu ortaya çıkan prostoglandinin sinir uçlarını duyarlı hale getirmesi sonucunda ağrı oluşur. Narkotik olmayan analjezikler siklooksijenazı inhibe ederek arşidonik asitin yıkımını ve prostoglandin yapımını önleyerek ağrıyı giderirler. Asetilsalisilik asit (aspirin), asetaminofen (parasetamol), ibuprofen (brufen) indometazin (endol), dipiron (novalgin) ve ketorolak trometamin gibi analjezik ajanları içerirler (43,46,50 51).

### **II 1.8.1.2. Narkotik analjezikler:**

Kodein, proksifen (doloksen) zayıf narkotik analjezi iken; morfin ve meperidin güçlü analjezik olarak bilinirler. Opioidler; oral, intramüsküler, subkutan, sublingual, rektal, transdermal intraspinal, intraepidural, intraventriküler ve intranasal gibi değişik yollardan kullanılabilirler. Tedaviyi kısıtlayan ve en korkulan yan etki solunum depresyonudur. Bunun yanında yapılan çalışmalara göre diğer yollara nazaran oral opioid kullanımında solunum depresyonunun çok nadir geliştiği gözlenmiştir. Bu nedenle Kanser ağrısı v.b. şiddetli ağrısı olan Hastaya narkotik analjezik ilk tercih edilecek uygulama yolu oral yol olmalıdır. Ortopedik kırıklar, postoperatif ağrı, sistoskopi gibi orta ve şiddetli akut ağrılarda; sickle cell krizleri, yanık pansumanları gibi tekrarlanan akut ağrılarda; terminal hastalık, kanser ağrısı, yanıklar gibi uzun süreli ağrılarda; renal kolik ve travma gibi şiddetli ağrının hemen azaltılmasının gerektiği durumlarda ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin yeterli olmadığı kronik non-malign ağrılarda kullanılırlar. Narkotik analjezikler ağrıyı gidermek için merkezi sinir sistemini etkilerler. Endojen opioidlerde olduğu gibi merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanırlar. MSS'ne bağlandıklarında bu reseptörler ağrı geçişini durdurmaktadırlar .Güçlü opioid olarak bilinen morfin Ağrı eşiğini yükseltir, algılamayı ortadan kaldırır ve kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlar. Hoşa gitmeyen duyguları (ağrı, korku, üzüntü) yok etmede oldukça etkilidir. Narkotik İlaçlar bağımlılık yapan ilaçlardır. Belli bir kullanımdan sonra opioidlere tolerans gelişmektedir. Birçok kaynağa göre de Opioidlerin hastada bağımlılık yapma oranı çok düşük yüzde de olsa %1 olarak bilinmektedir. İlaç tedavisinin sıklığı veya dozu arttırıldığında ilaca karşı tolerans gelişir (43,46,50 51).

### **II 1.8.1.3. Adjuvan Analjezikler:**

Tek başına analjezik olmayan ancak analjeziklerin etkinliğini artırmak için analjeziklerle birlikte kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar farmakolojik olarak analjezik değildirler, ağrı narkotiklere yanıt vermediğinde kullanılırlar. Aynı zamanda adjuvanlar ağrı ile ilgili depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve huzursuzluk gibi bir durum söz konusu olduğunda da kullanılırlar. Adjuvan analjeziklerin bazı yan etkilerinin olması ve etkilerinin uzun sürmesi en önemli dezavantajlarıdır. Antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikosteroidler adjuvanlara örnektir.

### **II 1.8.2. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Analjezik Kullanma İlkeleri:**

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı,
- Analjezikler “ gerektiğinde” değil “saatinde” uygulanmalı,
- -Analjezik kullanımında etkili doz uygulaması da oldukça önemlidir. İlaç dozu hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmelidir
- İlacın etkisi değerlendirilmeli,
- Analjezikler basamak ilkelerine göre uygulanmalıdır Analjeziklerin verilme sıklığı her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Tedavi seçeneği ve ilacın dozu ağrının şiddetine, tipine, nedenine göre değişir. Ağrının şiddeti, analjezik gereksiniminin derecesini, tipi ve nedeni ise adjuvan ilaçların belirlenmesini sağlar
- Analjezikler ağrı başlamadan önce düzenli aralıklarla verilmelidir
- Analjezikler uygulanırken hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalıdır. Başlangıçta mutlaka oral yol tercih edilmeli, cevap alınmazsa paranteral analjezik ilaçlar başlanmalıdır (4,52).

## II 1.8.2. AĞRININ İLAÇ DIŞI YÖNTEMLERLE KONTROLÜ:

Günümüzde ağrının azaltılmasına yönelik birçok çalışma yapılmakta ve bu çalışmalar ilerleme kaydetmektedir. Bütün bunlara karşılık kanser ağrısı gibi birçok ağrı hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememektedir. Bu durum; hastaların fonksiyonel durumunda ve yaşam kalitesinde azalmaya, yorgunluğun artmasına, hastaların yaşamının her alanında bozucu ve zararlı etkiye sahip olmasına, uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulmasına neden olduğu bilinmektedir.

Hemşire Hastanın ağrısını gidermek amaçlı Hekimin vermiş olduğu order dışında (farmakolojik yöntemler) Kendi bilgi ve deneyimlerini kullanarak İlaç dışı Ağrı giderme yöntemlerini de kullanabilir Ağrı yönetiminde ilaçların kullanılmadığı durumlarda ya da etkisiz kaldığı durumlarda bunların etkisini arttırmak, ağrıyı kontrol altına almak amacıyla bazı ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. Hemşirelik yönetiminde bilinen ve en sık kullanılan yöntemlere örnek olarak Soğuk Uygulama, Sıcak Uygulama, Masaj, Gevşeme, Dikkati Başka Yöne Çekme, Müzik, Uyku verilebilir (53).

## II 1.9.AĞRI VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI:

Ağrı duyuşsal, duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal unsulara sahip olan bir deneyimdir. Aynı zamanda ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, onun davranış ve düşüncelerini bozan, bir yandan da ağrıyı durdurmayı hedefleyen aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (6).

Ağrısı olan hastalar temel yaşam gereksinimlerinin desteklenmesi ve rahatlığın sağlanması kadar fonksiyonel yeteneklerini tehdit eden ağrıya yaklaşım konusunda sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireye önemli ölçüde ihtiyaç duyarlar (54).

Ağrı kontrolünde üç önemli öge hasta, hemşire ve hekimdir. Bu ekip içinde ağrıyı hisseden hastadır. Hekim hastanın ağrısını değerlendirir ve analjezik yazar. Hekim tarafından yazılan analjezik uygulayan hemşirenin tedavinin etkisini doğru değerlendirmesi bilgi ve tutumu ağrı tedavisinde güvenli ve etkili olacaktır (55).

Kişilerin kültürel değerleri ve ağrı ve hastalıklara karşı gösterdikleri tepkileri, hasta hemşire ilişkilerini ve hemşirenin ağrıya ve ağrılı hastaya karşı yaklaşımını, tutum ve davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Hemşire bilindiği gibi kendisi de ait olduğu toplumun bir bireyidir ve onun kültürel tutumu ağrıyla başa çıkma ve ağrılı hastaya yaklaşımı üzerinde önemli ölçüde etkilidir. Hemşirenin kendi kültürel değerleri ve inançlarını ve sağlık- hastalık uygulamalarını bilmesi, ağrılı hastaya sunacağı hizmetin kalitesi bakımından önemlidir (5).

Ağrı tedavisi genellikle ağrının hafifletilmesini hedefler. Hemşirelikte ağrıya yaklaşım, Hemşirenin ağrıya verdiği tepk hastaya gösterdiği ilgi ağrının hafifletilmesi teriminden daha doğru bir ifadedir Hastanın ağrısına yönelik yapılan hemşirelik girişimleri tedavinin esasını oluşturmaktadır. Hemşire Hastanın ağrısını gidermek amaçlı Hekimin vermiş olduğu order dışında kendi bilgi ve deneyimlerini kullanarak ilaç dışı (farmakolojik yöntemler) ağrı giderme yöntemlerini de kullanabilir Ağrı yönetiminde ilaçların kullanılmadığı durumlarda ya da etkisiz kaldığı durumlarda, ağrıyı kontrol altına almak amacıyla hemşire tarafından bazı ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar: Soğuk Uygulama, Sıcak Uygulama, Masaj, Gevşeme, Dikkati Başka Yöne Çekme, Müzik, Uyku v.b uygulamalardır. Ancak ilaç dışı yöntemlerini uygulayan hemşire ağrı değerlendirmesini çok iyi bilmeli, ağrıyı tanımlayabilmeli ağrını kaynağını bilmeli ve yanlış uygulama yapmaktan kaçınmalıdır (8).

## **II 1.9.1.AĞRI TANILAMASI YAPILIRKEN DİKKAT ERİLECEK NOKTALAR:**

Ağrının en önemli özelliklerinden biri kişinin yaşam kalitesini bozmasıdır. Ağrının şiddeti kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Bu nedenle ağrı hastanın yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Ağrıyı değerlendirirken hastanın ifadesini dikkate almak ve ona güvenmek oldukça önemlidir. Hastanın ağrısı değerlendirilirken her hastanın ağrısı kendine özgü değerlendirilmeli ve ona göre hastaya yaklaşım belirlenmeli ve bu doğrultuda ağrı tanılması yapılmalıdır (56).

- 1) Hastaya ağrılı bölgeyi göstermesi ve ağrısını tanımlaması söylenir. Yönlendirici sorular sorulmamalıdır
- 2) Hastanın ağrıya ilişkin ifadeleri olduğu gibi kaydedilir
- 3) Ağrının tanımlanmasında Hastaya yardımcı olunmalıdır
- 4) Hasta ağrısını sağlık ekibine inandırma zorunluluğu hissetmemelidir
- 5) Hastanın ağrı için farklı sözcükler kullanabileceği farkındalığı olmalı ve kullandığı sözcüklerin anlamları öğrenilmelidir
- 6) Hastanın ağrısını sözel olarak ifade etmemesi onların ağrısı olmadığı anlamına gelmez. Sağlık ekibi bu durumu bilmelidir (8,54,55,).

## **II 1.10. HASTANIN AĞRISINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ BELİRLENMESİNDE HEMŞİRELİK SÜRECİNİN KULLANILMASI**

**II 1.10.1. Hemşirelik Uygulama Hedefi:** Hastanın varolan ağrısını dayanabileceği (tolere edebileceği) kadar en az seviyeye düşürmek, ağrı ya da ağrı tedavisine bağlı komplikasyonların gelişmesini önlemek ve hasta memnuniyetini artırmak hemşirelik uygulamalarının hedefini oluşturur.

**II 1.10.2. Hastanın Ağrısına Yönelik Veri Toplama:** Ağrının varlığı ve şiddeti Hemşire tarafından belirli aralıklarla düzenli bir şekilde değerlendirilir ( bkz:Ağrının değerlendirilmesi). Ağrı şiddeti belirlenirken Hastanın verdiği bilgi doğru olarak kabul edilir. Hastanın verdiği bilgi, hemşirenin gözlemleri ve değerlendirmesi verileri oluşturur. Veri toplama aşaması sürekli devam eder, ve hasta ile ilgili oluşan yeni durumlar, hemşirelik girişimleri ile ilişkili bilgiler veri toplama aşamasının dinamikliğini korur.

**II 1.10.3.Hastanın Ağrısını Tanılama:** Ağrının yeri, şiddeti, niteliği, hastanın ağrıyı ifade etme şekli, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler hemşire tarafından tek tek değerlendirildikten sonra hemşirelik tanıları belirlenir. Hemşirelik tanıları örnekleri: Anksiyete ve korku, baş etme mekanizmalarının yetersizliği, fiziksel hareketlerde azalma, kendi kendine beslenememe, halsizlik boş zamanlarını değerlendirememesi, kendi günlük bakım ve hijyenini sağlayamama, uyku bozukluğu, sosyal izolasyon, bilgi eksikliği, düşünme sürecinde bozulma gibi hemşirelik tanıları konulur.

**II 1.10.4. Hemşirelik Uygulamaları:** Hasta ağrı nedeniyle korku ve endişe duymaktadır. Bu nedenle hemşire bakım planını uygularken dikkatli davranmalı, hastanın endişelerini göz ardı etmemelidir. Hastaya sözel olarak onun rahatsızlığını anladığını ve ona yardım etmek istediğini belirtmelidir. Yapacağı uygulamalar konusunda hastaya bilgi vermelidir.Hastadan gelebilecek soruları içtenlikle cevaplamalıdır.Hemşire bakım planını uygularken; Hastayı bir bütün olarak ele almalı, hastanın korkularını tanımlamalı, Hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliğini gidermeli, ağrının kaynağı belirlenmeli ve buna yönelik bilinçli olarak sıcak-soğuk uygulama, masaj, pozisyon verme gibi uygulamalar yapılmalı, ağrının artmasına neden olan durumlar belirlenmeli ve ağrının artmasını önleyici girişimlerde bulunulmalı, değerlendirme analjezik uygulandı ise yan etkileri kontrol altına alınmalı, hastanın daha önceki ağrı deneyimleri sorgulanmalı, ağrısını azaltan girişimler belirlenmeli, hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılması desteklenmeli, hasta ve hasta yakınlarının yanlış inançları varsa bunlar sorgulanmalı ve buna yönelik eğitim verilmeli, ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler uygulanmalı.

**II 1.10.5.Değerlendirme:** Uygulama aşamasından sonra yapılan Hemşirelik yönetiminin etkinliği değerlendirilmelidir. Bunun için ağrı tedavisi öncesi ve sonrası ağrı şiddetinin durumu konusunda hasta sorgulanmalıdır. Hastanın verdiği duyuşsal, davranışsal, ve bilişsel yanıtlar tedavi öncesine göre kıyaslanarak yine hastanın yanıtı sorgulanmalıdır. Eğer tedavi ağrıya cevap vermediyse bütün bilgiler en baştan gözden geçirilmeli ve yeni bir hemşirelik süreci oluşturulmalıdır (1,46,56,57,58,59,60,61).



### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### III.1. Araştırmanın Şekli:

Bu Çalışma planlandığı evrendeki tüm hemşireleri kapsayacak şekilde; Manisa İli Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Cerrahi ve Dahili Birimler, Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi'nde bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelerin Ağrı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirildiği tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma Manisa İli Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Cerrahi ve Dahili Birimler, Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi'nde uygulanmıştır.

Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) 1994 yılında hizmete açılmış, 250 yatak kapasiteli olarak hizmet vermekte iken , şubat 2010'da Uncubozköy Yerleşkesi yeni binasına taşınmıştır. Şu an Sadece Cerrahi birimlerin bulunduğu yeni bina 250 yatak kapasitelidir. Dahili Birimler ise şu an 200 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Cerrahi Birimler: Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Yenidoğan Servisi ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Genel Cerrahi Servisi, Beyin Cerrahisi Servisi, Ortopedi Servisi, Göz Kliniği, KBB Kliniği, Üroloji Servisi, Plastik Cerrahi ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi 14 yatak kapasiteli Anestezi Yoğun Bakım Servisi, 16 yatak kapasiteli Cerrahi Yoğun Bakım Servisi, 13 Salon kapasiteli Ameliyathane Ünitesi ve Acil Servisten oluşmaktadır.

Dahili Birimler: Nöroloji Servisi, Pediatri Kliniği ve Pediatri Yoğun Bakım, Dahiliye Kliniği, Dahiliye Yoğun Bakım Servisi, Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Servisi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi, Psikiyatri Servisi'nden oluşmaktadır.

Kalp Merkezi: Yerleşim yeri Dahili Birimler Binasının yanında bulunan Kalp Merkezi, Kardiyoloji Servisi, Kardiyoloji Yoğun Bakımı, Kalp Damar Cerrahisi ve Yoğun Bakımı, 2 Salonlu Ameliyathanesi, Angio Laboratuvarı, Eforlu EKG birimi ile hizmet vermektedir.

Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezinde (Üniversite Hastanesi) toplam 230 hemşire görev yapmaktadır.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi 1965 Yılında SSK olarak hizmete geçmiştir. 50 yatak kapasiteli Moris Şinasi Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile birleşmiştir. Yaklaşık 100 hemşire sayısı ile hizmet vermeye devam etmektedir.

Manisa Devlet Hastanesi 1934 Yılında faaliyete geçmiştir. Şu an yaklaşık 120 hemşire sayısı ile hizmet vermeye devam etmektedir.

### III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:

Araştırma planlandığı evrendeki tüm hemşireleri kapsayacak şekilde; Manisa İli Celal Bayar Üniversitesi hastanesi Cerrahi ve Dahili Birimler, Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi'nde bulunan ve Araştırmaya katılmayı kabul eden Ameliyathane birimi ve poliklinikler dışındaki tüm birimlerde çalışan hemşireleri kapsamıştır. Örneklem seçiminde formüller standart hatanın yeterince düşük olması prensibinden hareketle geliştirilmiştir. Ortalama standart hatasının 0.05'den düşük olması durumunda örnek büyüklüğün yeterli olduğu kabul edilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarını %95 güvenirlilik aralığında olayın oluş sıklığına göre kabul edilen +,- örnekleme hatası 0.05 örnekleme hatası ( $d=0.05$ ) içerebileceği düşünülmüştür. Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosunda yer alan teorik değerde 1.96 ( $t=1.96$ ) olarak alınmıştır. Literatür taraması yapılarak çalışmaların sorularının doğru yanıtlanma ortalamalarının ortalaması alınarak p değeri %42 ( $p=0,42$ ) olarak bulunmuştur (2,4,16,64,65,66).

$n = N \cdot p \cdot q \cdot t^2 / (N-1) \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q$  formülünden

$$n = 450 \times 0,42 \times 0,58 \times (1,96)^2 / 449 \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,42 \times 0,58 = 204$$

olarak bulunmuştur. Bu değer evrende bulunması gereken en düşük birey sayısını göstermektedir. Evrende 450 kişi bulunduğuna göre; 204 hemşire evreni temsil edebilmektedir.

### III.4. Araştırmanın Sınırlılığı:

Araştırmanın yapıldığı dönemin yaz aylarına denk gelmesi nedeni ile Hastanelerdeki İş yoğunluğunun fazlalığı, Yıllık izinde bulunan hemşire sayısının bu dönemde fazlalığı, Doğum izinleri ve raporlu hemşirelerin çokluğu, hemşire sıkıntısı ve araştırmaya katılmayı uygun görmeyen hemşirelerin olması çalışmayı 301 hemşire ile sınırlamıştır.

Ameliyathane hemşirelerinin uzun yıllar bu bölümde çalışıyor olmaları ve hastaya yaklaşım konusuna uzak olmaları. Aynı şekilde poliklinik hemşirelerinde hasta tedavisinden uzak olmaları nedeni ile çalışmaya dahil edilmemiştir.

### III.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Gaziantep Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Akdağ tarafından Yüksek Lisans Tezi sırasında literatür taranarak hazırlanan demografik değişkenler, ağrıyla ilgili bilgi tutum sorularından oluşmaktadır.

#### III.5.1. Veri Toplama Araçları:

**Çalışmamızda kullanılan anket formu tabloda da görüldüğü gibi iki bölümden oluşmaktadır.**

<b>Bireysel özellikler ve diğer tanıtıcı bilgiler</b>	Yaş, çalışma yılı, eğitim durumu ile çalışılan hastane, çalışılan servis, ağrı ile ilgili eğitim alma, ağrı ile ilgili yayın takip etme durumları
<b>Ağrı ile ilgili Bilgi Ve Tutum Anketi</b>	On adet bilgi, beş adet tutum ve inanç sorularından oluşmaktadır. Ağrı ile ilgili bilgi soruları çoktan seçmeli, inanç ve tutum soruları için ise derecelendirme ölçeği kullanılmıştır.

Anket formu 10 adet bilgi, 5 adet tutum ve inanç sorularından oluşmaktadır. Ağrı ile ilgili bilgi soruları çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır.

İnanç ve tutum sorularında ise derecelendirme ölçeği kullanılmıştır. Tutum, inanç sorularında;

-“Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir” ifadesine karşılık gelecek olan cevap “kesinlikle katılıyorum”,

-“Bir hasta plasebo ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir” ifadesine karşılık beklenen cevap “kesinlikle katılmıyorum”,

-“Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir” ifadesine karşılık beklenen cevap “kesinlikle katılıyorum”,

-“Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen ortadan kalkmasını beklemeleri doğal bir haktır” ifadesine karşılık beklenen cevap “kısmen katılıyorum”,

-“Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır” ifadesine karşılık beklenen cevap “kesinlikle katılıyorum” olacak şekilde verilmesinin uygun olduğu daha önce yapılan çalışmada olduğu gibi uygulandı.

### **III.5.2. Anket Formunun Uygulanması:**

Tutum ve İnanç Anketini Uygulayabilmek İçin Anketi oluşturan Reva Gündoğan Akdağ’dan izin alındı. Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden Ağrı ile ilgili bilgi ve tutum anket formu Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi), Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi’nde uygulamak için gerekli izin alındıktan sonra Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Akademik Etik Kurul İznini alındı. Anket Formu Her üç hastanede de hemşirelere gerekli açıklama yapılarak araştırmayı kabul eden hemşirelere uygulandı. Anket formları SPSS veri tabanında değerlendirilmek üzere toplandı.

### **III.5.3. Araştırmanın bağımlı ve Bağımsız değişkenleri:**

Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerin ağrı ile ilgili soruları bilme durumları, ağrı ile ilgili tutumları.

Bağımsız Değişkenler: Çalışılan birim, çalışma yılı, yaş, eğitim durumu.

### **III.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Araştırmada elde edilen istatistiksel analizler için , SPSS 15.00 programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, ortalama, standart sapma ve ki-kare anlamlılık testi kullanıldı. Sonuçlar % 95.0 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

Araştırma verileri değerlendirilirken uygun istatistiklerin kullanılabilmesi için bazı gruplar birleştirildi.

### III.6 BULGULAR

#### III.6.1 Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Diğer Tanıtıcı Bilgiler:

**Tablo 1: Hemşirelerin Çalışmaya katılımlarının Hastaneler Göre Dağılımı:**

<b>ARAŞTIRMA YAPILAN HASTANELER</b>	<b>C.B.Ü. UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b> n(%)	<b>MANİSA DEVLET HASTANELERİ</b> n (%)	<b>TOPLAM</b> n (%)
<b>HASTANELERDEN KATILIM</b>	<b>168 (%55.8)</b>	<b>133 ( %44.2)</b>	<b>301 (%100)</b>

**Tablo 1’de;** Manisa İlinde yapılan çalışmaya Celal Bayar Üniversite Hastanesinden ortalama %55.8 oranında, Manisa Devlet Hastanesi ve Merkez Efendi Devlet Hastanesinden ortalama %44.2 oranında hemşire katılımı olduğu görülmektedir.

**Tablo 2: Hemşirelerin Çalışmaya katılımlarının Servislere Göre Dağılımı:**

<b>ARAŞTIRMA YAPILAN HASTANELER</b>	<b>DAHİLİ BİRİMLER n(%)</b>	<b>CERRAHİ BİRİMLER n (%)</b>	<b>YOĞUN BAKIMLAR n (%)</b>	<b>TOPLAM n (%)</b>
TOPLAM HASTANELERDEN KATILIM	<b>115 (%38.2)</b>	<b>142 ( %47.2)</b>	<b>44 (%14.6)</b>	<b>301 (%100)</b>

**Tablo 2'e göre;** Celal Bayar Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan ve araştırmaya katılan hemşirelerin servislere göre dağılımları **%38.2** Dahili Birimler, **%47.2** Cerrahi Birimler, **%14.6** Yoğun Bakımlardan olduğu görülmektedir.

**Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı:**

<b>DEMOGRAFİK</b>	<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n (%)</b>	<b>TOPLAM n (%)</b>
<b>YAŞ</b>	<b>30 Yaş ve Altı</b>	<b>184 (%61.1)</b>	<b>301 (%100)</b>
	<b>31 Yaş Üstü</b>	<b>117 (%38.9)</b>	
<b>ÇALIŞMA YILI</b>	<b>10 Yıdan Az</b>	<b>198 (%65.8)</b>	<b>301 (%100)</b>
	<b>10 Yıdan Fazla</b>	<b>103 (%34.2)</b>	
<b>EĞİTİM DURUMU</b>	<b>Sağlık Meslek Lisesi</b>	<b>78 (%25.9)</b>	<b>301 (%100)</b>
	<b>Lisans Düzeyi</b>	<b>223 (%74.1)</b>	

**Tablo:3'e göre;**

Yaşlara göre dağılımlarına bakıldığında; Hemşirelerin **%61.1**'inin 30 yaş ve altı, **%38.9**'unun 30 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Çalışma yıllarına göre bakıldığında; Hemşirelerin **%65.8**'inin 10 yıldan daha az süre ile çalıştığı, **%34.2**'sinin de 10 yıl ve üzerinde çalıştığı görülmektedir.

Eğitim durumuna göre bakıldığında; Hemşirelerin **%25.9**'unun Sağlık Meslek Lisesi, **%74.1**'inin de Lisans düzeyinde eğitim aldığı görülmektedir.

**Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ağrı ile ilgili Eğitim Alma ve Yayın Takip Etme Durumları'nın Dağılımı:**

<b>AĞRI İLE İLGİLİ EĞİTİM VE YAYIN TAKİP ETME</b>		<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Ağrı İle İlgili Eğitim Alma</b>	Evet	<b>81</b>	<b>%26.9</b>
	Hayır	<b>218</b>	<b>%72.4</b>
<b>Ağrı ile İlgili Alınan Eğitimler</b>	Hizmetiçi Eğitim	<b>34</b>	<b>%11.3</b>
	Kurs	<b>16</b>	<b>%5.3</b>
	Seminer	<b>33</b>	<b>%11</b>
<b>Ağrı İle İlgili Yayın Takip Etme</b>	Evet	<b>22</b>	<b>%7.3</b>
	Hayır	<b>279</b>	<b>%92.7</b>
<b>Ağrı İle İlgili Takip Edilen Yayınlar</b>	Kitap,bilimsel dergi	<b>6</b>	<b>%2</b>
	Radyo,Televizyon	<b>2</b>	<b>%0,7</b>
	Gazete	<b>3</b>	<b>%1</b>
	Diğer	<b>10</b>	<b>%3.3</b>

**Tablo:4'e göre;**

Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı ile ilgili eğitim alma ve yayın takip etme durumları: % 26,9 'unun ağrı ile ilgili eğitim aldığı, %72,4'ünün ağrı ile ilgili eğitim almadığı belirlendi. Eğitim alan hemşirelerin %11,3'ünün hizmet içi eğitim aldığı, % 5,3'ünün ağrı ile ilgili kursa katıldığı % 11'inin de ağrı ile ilgili seminere katıldığı görülmektedir.

Hemşirelerin ağrı ile ilgili yayın takip etme durumları; % 92,7'sinin ağrı ile ilgili herhangi bir yayın takip etmediği , % 7,3'ünün ise takip ettiği görülmektedir. Yayın takip eden hemşirelerden %2'sinin kitap, bilimsel dergi gibi yayınları takip ettiği, % 0,7'sinin radyo, televizyon ve % 1'inin gazete gibi kitle iletişim araçlarını takip ettiği görülmektedir.



### III.6.2 Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi:

**Tablo 5: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgilerinin doğru/yanlış oranları (Bulgular):**

<b>Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları</b>	<b>Doğru n(%)</b>	<b>Yanlış n(%)</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>Ağrının Tanımlanması</b>	64 (%21.3)	232 (%77.1)	296 (%98.4)
<b>Ağrının Özellikleri</b>	246 (%81.7)	52 (%17.3)	298 (%99)
<b>Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar</b>	89 (%29.6)	208 (%69.1)	297 (%98.7)
<b>İlaç Dışı Ağrı Yönetimi</b>	141 (%46.8)	130 (%43.2)	271 (%90)
<b>Analjeziklerin Uygulanma Kuralları</b>	191 (%63.5)	106 (%35.2)	297 (%98.7)
<b>Narkotik Analjezik Başlarken İlk Tercih Edilecek Uygulama Yolu</b>	128 (%42.5)	150 (%49.8)	278 (%92.4)
<b>Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı</b>	5 (%1.7)	265 (%88)	270 (%89.7)
<b>İlaçlarla Ağrı Yönetimi</b>	62 (%20.6)	213 (%70.8)	275 (%91.4)
<b>Morfinin Etki Mekanizması</b>	86 (%28.6)	199 (%66.1)	285 (%94.7)

**Tablo 5**'te Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Anketi sorularına verdikleri doğru-yanlış cevaplar değerlendirilmiştir.

Ağrının tanımlanmasının yapıldığı ilk soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 21.3'ü doğru, % 77.1'i yanlış cevap vermiştir.

Ağrının genel özelliklerinin sorulduğu ikinci soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 81.7'si doğru, % 17,3'ü yanlış cevap vermiştir.

Kronik ağrı ile ilişkili semptomlar ile ilgili olan üçüncü soruya çalışmamıza katılan hemşirelerin % 29,6'sı doğru, % 69,1'i yanlış cevap vermiştir.

İlaç dışı ağrı yönetimi ile ilgili olan dördüncü soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 46,8'i doğru, % 43,2'si yanlış cevap vermiştir.

Analjezik ilaçların uygulanma ilkelerinin sorulduğu beşinci soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 63,5'i doğru % 35,2'si yanlış cevap vermiştir.

Narkotik analjezik başlarken ilk tercih edilecek uygulama yolu ile ilgili olan altıncı soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 42,5'inin doğru, % 49,8'inin yanlış cevap verdikleri görülmektedir.

Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı ile ilgili olan yedinci soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 1,7'si doğru, % 88'i yanlış cevap vermiştir.

İlaçlarla ağrı yönetimi ile ilgili olan sekizinci soruya çalışmaya katılan hemşirelerin % 20,6'sı doğru, % 70,8'i yanlış cevap vermiştir.

Morfinin etki mekanizması ile ilgili olan dokuzuncu soruyu çalışmaya katılan hemşireler %28,6'sının doğru, %66,1'inin yanlış olarak cevaplamışlardır.



**Tablo 6: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının C.BÜ. ve Devlet Hastanelerine Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	C.B.Ü		DEVLET HASTANELERİ		TOPLAM	
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	N	P
Ağrının Tanımlanması	41 (%25.7)	125 (%75.3)	23 (%17.7)	107 (%82.3)	296	0.147
Ağrının Özellikleri	139 (%83.2)	28 (%16.8)	107 (%81.7)	24 (%18.3)	298	0.726
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	52 (%31.3)	114 (%68.7)	37 (%28.2)	94 (%71.8)	297	0.576
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	88 <b>(%58.3)</b>	63 (%41.7)	53 (%44.2)	67 (%55.8)	271	<b>0.021</b>
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	98 <b>(%59.4)</b>	67 (%40.6)	93 <b>(%70.5)</b>	39 (%29.5)	297	<b>0.048</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	74 (%46.5)	85 (%53.5)	54 (%45.4)	65 (%54.6)	278	0.848
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	2 (%1.4)	146 (%98.6)	3 (%2.5)	119 (%97.5)	270	0.502
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	28 (%18.5)	123 (%81.5)	34 (%27.4)	90 (%72.6)	275	0.080
Morfinin Etki Mekanizması	44 (%28.0)	113 (%72.0)	42 (%32.8)	86 (%67.2)	285	0.382

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin Ağrı ile ilgili bilgi sorularının değerlendirildiği **tablo 6'**da Celal Bayar Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Manisa Devlet Hastaneleri aralarında karşılaştırılmıştır. İlaç Dışı Ağrı Yönetimi konusunda Celal Bayar Üniversitesinde çalışan hemşireler %58.3 oranında bilgilidir. Devlet hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerin ilaç dışı ağrı yönetimi konusunda %44.2 oranında bilgili oldukları görülmektedir. Analjeziklerin uygulanma kuralları konusunda Celal Bayar Üniversitesinde çalışan hemşireler %59.4 oranında bilgilidirler. Devlet Hastanelerindeki hemşirelerin ise analjeziklerin uygulanma kuralları konusunda %70.5 oranında daha bilgili oldukları görülmektedir. Bu iki grup arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 7: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	CERRAHİ BİRİMLER		DAHİLİ BİRİMLER		TOPLAM N	P
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)		
Ağrının Tanımlanması	113 (%80.7)	27 (%19.3)	24 (%21.1)	90 (%78.9)	254	0.727
Ağrının Özellikleri	115 (%82.7)	24 (%17.3)	97 (%84.3)	18 (%15.7)	254	0.731
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	41 (%29.1)	100 (%70.9)	41 (%36.0)	73 (%64.0)	255	0.243
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	71 (%54.2)	60 (%45.8)	52 (%51.5)	49 (%58.5)	232	0.682
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	99 <b>(%71.7)</b>	39 (%28.3)	53 (%46.1)	62 <b>(%53.9)</b>	253	<b>0.000</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	49 (%38.0)	80 <b>(%62.0)</b>	60 <b>(%54.5)</b>	50 (%45.5)	239	<b>0.011</b>
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	3 (%2.2)	132 (%97.8)	2 (%2.2)	91 (%97.8)	228	0.971
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	35 (%25.9)	100 (%74.1)	22 (%21.6)	80 (%78.4)	237	0.438
Morfinin Etki Mekanizması	31 (%22.0)	110 <b>(%78.0)</b>	33 (%33.0)	67 <b>(%67.0)</b>	241	<b>0.056</b>

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Ağrı ile ilgili hemşirelerin bilgilerinin Cerrahi ve Dahili birimlere göre ortalamalarının yer aldığı tablo 7'de Analjeziklerin uygulama kuralları konusunda Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşireler %71.7 oranında bilgili, Dahili Birimlerde çalışmakta olan hemşireler ise aynı konuda %53.9 oranında bilgidir. Bu iki grup arasında anlamlı bir fark vardır. Narkotik analjeziklerin ilk uygulama yolu tercihi konusunda Cerrahi Birimlerde çalışan hemşireler %62.0 oranında bilgisiz, Dahili Birimlerde çalışan hemşireler %54.5 oranında Cerrahi Birimlere göre daha bilgidirler. Bu da istatistiksel açıdan anlamlıdır. Morfinin etki mekanizması konusunda Cerrahi Birimlerde çalışan hemşirelerin %78.0 oranında, Dahili Birimlerde çalışan hemşirelerin de %67.0 oranında bilgisiz oldukları görülmektedir. Bu da istatistiksel açıdan anlamlıdır.

**Tablo 8: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Yoğun Bakımlar ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	YOĞUN BAKIMLAR		DAHİLİ BİRİMLER		TOPLAM N	P
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)		
Ağrının Tanımlanması	13 (%31.0)	29 (%69.0)	24 (%21.1)	90 (%78.9)	156	0.197
Ağrının Özellikleri	34 (%77.3)	10 (%22.7)	97 (%84.3)	18 (%15.7)	159	0.295
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	7 (%16.7)	35 (%83.3)	41 (%36.0)	73 (%64.0)	156	<b>0.021</b>
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	18 (%46.2)	21 (%53.8)	52 (%51.5)	49 (%58.5)	140	0.572
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	39 (%88.6)	5 (%11.4)	53 (%46.1)	62 (%53.9)	159	<b>0.00</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	19 (%48.7)	20 (%51.3)	60 (%54.5)	50 (%45.5)	149	0.532
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	0 (%0.0)	42 (%100.0)	2 (%2.2)	91 (%97.8)	135	0.338
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	5 (%13.2)	33 (%86.8)	22 (%21.6)	80 (%78.4)	140	0.262
Morfinin Etki Mekanizması	22 (%50.0)	22 (%50.0)	33 (%33.0)	67 (%67.0)	144	0.054

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

**Tablo 8'**de Dahili Birimler ve Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşirelerin Ağrı ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların doğruluğu değerlendirilmiştir. Buna göre kronik ağrı ile ilişkili semptomlar konusunda Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşireler %83.3 gibi yüksek bir oranla bilgisizdirler, Dahili Birimlerde çalışan hemşireler de %64.0 oranında kronik ağrı ile ilişkili semptomlar konusunda bilgisiz oldukları görülmektedir. Bu iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Analjeziklerin uygulama kurallarını Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşireler %88.6 oranında daha iyi bilmektedir.

**Tablo 9: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	CERRAHİ BİRİMLER		YOĞUN BAKIMLAR		TOPLAM N	P
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)		
Ağrının Tanımlanması	27 (%19.3)	113 (%80.7)	13 (%31.0)	29 (%69.0)	182	0.109
Ağrının Özellikleri	115 (%82.7)	24 (%17.3)	34 (%77.3)	10 (%22.7)	183	0.417
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	41 (%29.1)	100 (%70.9)	7 (%16.7)	35 (%83.3)	183	0.108
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	71 (%54.2)	60 (%45.8)	18 (%46.2)	21 (%53.8)	170	0.377
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	99 (%71.7)	39 (%28.3)	39 (%88.6)	5 (%11.4)	182	<b>0.023</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	49 (%38.0)	80 (%62.0)	19 (%48.7)	20 (%51.3)	168	0.231
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	3 (%2.2)	132 (%97.8)	0 (%0.0)	42 (%100.0)	177	0.330
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	35 (%25.9)	100 (%74.1)	5 (%13.2)	33 (%86.8)	173	0.099
Morfinin Etki Mekanizması	31 (%22.0)	110 (%78.0)	22 (%50.0)	22 (%50.0)	185	<b>0.00</b>

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Cerrahi Birimler ve Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşirelerin Ağrı ile ilgili bilgilerinin ortalamalarının değerlendirildiği tablo 9'da de görüldüğü gibi Analjeziklerin Uygulanma Kurallarının bilinmesi Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin %71.7 oranındadır. Yoğun Bakımlarda çalışan hemşireler ise bu konuda %88.6 oranında daha bilgili görülmüştür. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır. Morfinin Etki Mekanizması konusunda da Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşireler %78.0 oranında Yoğun Bakım hemşirelerine göre daha bilgisiz oldukları görülmüştür.

**Tablo 10: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Meslek Lisesi ve Lisansa Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	MESLEK LİSESİ		LİSANS DÜZEYİ		TOPLAM N	P
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)		
Ağrının Tanımlanması	16 (%20.5)	62 (%79.5)	48 (%22.0)	170 (%78.0)	296	0.782
Ağrının Özellikleri	69 (%88.5)	9 (%11.5)	177 (%80.5)	43 (%19.5)	298	0.109
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	20 (%25.6)	58 (%74.4)	69 (%31.5)	150 (%78.5)	297	0.332
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	24 (%37.5)	40 <b>(%62.5)</b>	117 (%56.5)	90 (%43.5)	271	<b>0.008</b>
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	41 (%52.6)	37 (%47.4)	150 <b>(%68.5)</b>	69 (%31.5)	297	<b>0.012</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	41 <b>(%57.7)</b>	30 (%42.3)	87 (%42.0)	120 <b>(%58.0)</b>	278	<b>0.022</b>
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	1 (%1.4)	70 (%98.6)	4 (%2.0)	195 (%98.0)	270	0.747
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	31 (%42.5)	42 (%57.5)	31 (%15.3)	171 <b>(%84.7)</b>	275	<b>0.000</b>
Morfinin Etki Mekanizması	22 (%28.6)	55 (%71.4)	64 (%30.8)	144 (%69.2)	285	0.720

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

**Tablo 10**'da Meslek Lisesi mezunu hemşireler ile Lisans Mezunu hemşireler arasındaki bilgi sorularının doğru yanıtlanma ortalamaları gösterilmiştir. Tablo 9'a göre İlaç dışı ağrı yönetimi konusunda Meslek Lisesi mezunu hemşireler %62.5 oranında bilgisiz görülmüştür. Analjeziklerin uygulanma kuralları konusunda Lisans düzeyinde eğitim almış hemşireler %68.5 oranında bilgilidir. Narkotik analjezik başlarken ilk tercih uygulama yolunun bilinmesi konusunda Meslek Lisesi mezunu hemşireler %57.7 oranla, Lisans düzeyinde eğitim almış hemşirelere göre daha bilgili oldukları görülmüştür. Yine İlaçlarla ağrı yönetimi ile ilgili olarak Lisans düzeyinde eğitim almış hemşireler %84.7 oranında bilgisiz bulunmuştur. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 11: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	30 Yaş ve Altı		31 Yaş ve Üstü		TOPLAM	
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	N	P
1-Ağrının Tanımlanması	42 (%23.3)	138 (%76.7)	22 (%19.0)	94 (%81.0)	296	0.373
2-Ağrının Özellikleri	157 (%85.3)	27 (%14.7)	89 (%78.1)	25 (%21.9)	298	0.109
3-Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	48 (%26.7)	132 (%73.3)	41 (%35.0)	76 (%65.0)	297	0.124
4-İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	92 <b>(%56.8)</b>	70 (%53.2)	49 (%45.0)	60 (%55.0)	271	<b>0.056</b>
5-Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	124 (%67.8)	59 (%32.2)	67 (%58.8)	47 (%41.2)	297	0.116
6-Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	71 (%43.0)	94 (%57.0)	57 (%50.4)	56 (%49.6)	278	0.223
7-Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	3 (%1.9)	159 (%98.1)	2 (%1.9)	106 (%98.1)	270	1.000
8-İlaçlarla Ağrı Yönetimi	49 (%29.0)	120 <b>(%71.0)</b>	13 (%12.3)	93 <b>(%87.7)</b>	275	<b>0.001</b>
9-Morfinin Etki Mekanizması	47 (%27.3)	125 (%72.7)	39 (%34.5)	74 (%65.5)	285	0.196

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin Yaşlarına göre ağrı bilgilerinin değerlendirildiği **tablo 11'e** göre; İlaçlarla ağrı yönetiminin bilinmesi konusunda 30 yaş altındaki hemşireler %71.0 oranında bilgisiz, aynı şekilde 31 yaş ve üstündeki hemşireler de bu konuda 30 yaş altı hemşirelere göre %87.7 oranla daha bilgisizdir. İlaç dışı ağrı yönetimlerinin bilinmesi konusunda 30 yaş altı hemşirelerin %56.8 oranında bilgili oldukları görülmektedir. Bu iki grup arasında istatistiksel açıdan çok anlamlı bir fark vardır.



**Tablo 12: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	Çalışma Yılı 10 Yıl ve Altı		Çalışma Yılı 11 Yıl Üstü		TOPLAM	
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	N	P
1-Ağrının Tanımlanması	49 (%25.3)	<b>145</b> <b>(%74.7)</b>	15 (%14.7)	<b>87</b> <b>(%85.3)</b>	296	<b>0.036</b>
2-Ağrının Özellikleri	165 (%83.8)	32 (%16.2)	81 (%80.2)	20 (%19.8)	298	0.444
3-Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	52 (%26.8)	142 (%73.2)	37 (%35.9)	66 (%64.1)	297	0.103
4-İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	<b>101</b> <b>(%57.4)</b>	75 (%42.6)	40 (%42.1)	<b>55</b> <b>(%57.9)</b>	271	<b>0.016</b>
5-Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	<b>135</b> <b>(%68.5)</b>	62 (%31.5)	56 (%56.0)	44 (%44.0)	297	<b>0.033</b>
6-Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	79 (%44.4)	99 (%55.6)	49 (%49.0)	51 (%51.0)	278	0.458
7-Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	3 (%1.7)	172 (%98.3)	2 (%2.1)	93 (%97.9)	270	0.820
8-İlaçlarla Ağrı Yönetimi	51 (%27.9)	<b>132</b> <b>(%72.1)</b>	11 (%12.0)	<b>81</b> <b>(%88.0)</b>	275	<b>0.003</b>
9-Morfinin Etki Mekanizması	55 (%29.7)	130 (%70.3)	31 (%31.0)	69 (%69.0)	285	0.824

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre ağrı ile ilgili bilgilerinin değerlendirildiği Tablo 12'ye göre 10 yıldan az çalışmış olan hemşirelerin ağrı tanımlamasını %74.7 oranında yanlış bildikleri , aynı şekilde 11 yıl ve üzeri çalışmış olan hemşirelerin de %85.3 oranında yanlış bildikleri görülmektedir. İlaç dışı ağrı yönetimi konusunda 10 yıldan az çalışmış olan hemşireler %57.4 oranında bilgilidirler. 11 yıl ve üzeri çalışmış olan hemşireler %57.9 oranında ilaç dışı ağrı yönetimini bilmedikleri tabloda görülmektedir. Analjeziklerin uygulama kurallarını 10 yıldan az çalışmış olan hemşireler %68.5 oranında doğru bilmektedirler. İlaçlarla ağrı yönetimini 10 yıldan az çalışmış olan hemşireler %72.1 oranında 11 yıl ve üzeri çalışmış olan hemşireler de %88.0 oranında bilmemektedirler. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

**Tablo 13: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Ağrı Eğitimi Almalarına Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	AĞRI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALANLAR		AĞRI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMAYANLAR		TOPLAM	
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	N	P
Ağrının Tanımlanması	23 (%28.4)	58 (%71.6)	41 (%19.2)	172 (%80.8)	294	0.90
Ağrının Özellikleri	65 (%80.2)	16 (%19.8)	179 (%83.3)	36 (%16.7)	296	0.544
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	28 (%34.6)	53 (%65.4)	61 (%28.5)	153 (%71.5)	295	0.311
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	43 (%57.3)	32 (%42.7)	96 (%49.5)	98 (%50.5)	269	0.248
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	53 (%66.3)	27 (%33.7)	136 (%63.0)	79 (%36.7)	295	0.634
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	44 (%54.3)	37 (%45.7)	84 (%43.1)	111 (%56.9)	276	0.088
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	1 (%1.4)	69 (%98.6)	4 (%2.0)	196 (%98.0)	270	0.760
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	11 (%14.1)	67 ( <b>%85.9</b> )	51 (%26.2)	144 (%73.8)	273	<b>0.032</b>
Morfinin Etki Mekanizması	29 (%36.7)	50 (%63.3)	57 (%27.7)	149 ( <b>%72.3</b> )	285	<b>0.003</b>

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Ağrı ile ilgili eğitim alan ve almayan hemşirelerin bilgilerinin değerlendirildiği **tablo 13'te** ilaçlarla ağrı yönetimi konusunda eğitim alan hemşirelerin %85.9 oranında bilgisiz oldukları görülmektedir. Eğitim almayan hemşirelerin %72.3 oranında Morfin etki mekanizmasını bilmedikleri tabloda görülmektedir. Ağrı konusunda eğitim alan ve almayan hemşirelerin arasında ilaçlarla ağrı yönetimi ve morfinin etki mekanizmalarını bilme konusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

**Tablo 14: Ağrı İle İlgili Bilgi Sorularının Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yayın Takip Etmelerine Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Bilgi Soruları	AĞRI İLE İLGİLİ YAYIN TAKİP EDENLER		AĞRI İLE İLGİLİ YAYIN TAKİP ETMEYENLER		TOPLAM N	P
	Doğru (n %)	Yanlış (n %)	Doğru (n %)	Yanlış (n %)		
Ağrının Tanımlanması	0 (%0.0)	<b>22</b> <b>(%100.0)</b>	64 (%23.4)	<b>210</b> <b>(%76.6)</b>	296	<b>0.010</b>
Ağrının Özellikleri	<b>22</b> <b>(%100.0)</b>	0 (%0.0)	<b>224</b> <b>(%81.2)</b>	52 (%18.8)	298	<b>0.025</b>
Kronik Ağrı İle İlişkili Semptomlar	3 (%13.6)	19 (%86.4)	86 (%31.3)	189 (%68.7)	297	0.082
İlaç Dışı Ağrı Yönetimi	6 (%27.3)	16 (%72.7)	135 (%54.2)	114 (%45.8)	271	0.015
Analjeziklerin Uygulanma Kuralları	7 (%31.8)	<b>15</b> <b>(%68.2)</b>	<b>184</b> <b>(%66.9)</b>	91 (%33.1)	297	<b>0.001</b>
Narkotik Analjezik Başlarken Tercih Uygulama Yolu	6 (%27.3)	<b>16</b> <b>(%72.7)</b>	122 (%47.7)	134 (%52.3)	278	<b>0.066</b>
Narkotiklerin Bağımlılık Yapma Oranı	2 (%9.5)	<b>19</b> <b>(%90.5)</b>	3 (%1.2)	<b>246</b> <b>(%98.8)</b>	270	<b>0.007</b>
İlaçlarla Ağrı Yönetimi	<b>11</b> <b>(%55.0)</b>	9 (%45.0)	51 (%20.0)	<b>204</b> <b>(%80.0)</b>	275	<b>0.000</b>
Morfinin Etki Mekanizması	<b>13</b> <b>(%59.1)</b>	9 (%40.9)	73 (%27.8)	<b>190</b> <b>(%72.2)</b>	285	<b>0.002</b>

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Ağrı ile ilgili yayın takip eden hemşirelerin doğru/yanlış ortalamalarının değerlendirildiği **tablo 14'e** göre; Ağrının tanımlanması konusunda yayın takip eden hemşireler %100 oranında, yayın takip etmeyen hemşireler de %76.6 oranındadır. Ağrının özellikleri ile ilgili yayın takip eden hemşireler %100 oranında bilgili, yayın takip etmeyen hemşireler de %81.2 oranında bilgilidir. Yayın takip eden hemşireler %68.2 oranında analjeziklerin uygulama kurallarını bilmemekte, yayın takip etmeyen hemşireler ise %66.9 oranında daha bilgilidirler. Yine **tablo 14'te** görüldüğü gibi narkotik analjeziklerin ilk tercih

uygulama yolunun bilinmesi yayın takip eden hemşireler açısından %72.7 oranında bilinmemektedir. Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı konusunda yayın takip eden hemşireler %90.5 oranında, yayın takip etmeyen hemşireler de %98.8 oranında bilgisizdir. Yayın takip eden hemşireler, İlaçlarla ağırı yönetimini %55.0 oranla bilmekte, yayın takip etmeyen hemşireler ise bu konuyu %80.0 oranında yanlış bilmektedir. Ağırı ile ilgili yayın takip eden hemşireler Morfinin etki mekanizmasını %59.1 oranında bilmektedirler, yayın takip etmeyen hemşireler ise morfinin etki mekanizmasını %72.2 oranla yanlış bilmektedirler.

Anket formunda yer alan 10. soruda ağırı ile ilgili fizyolojik belirtiler sorulmuştur. Bu soruda üç adet doğru bir adet yanlış cevap bulunmaktadır. Bu nedenle bu soru tanımlayıcı olan diğer 9 sorudan ayrı değerlendirilmiştir.

**Tablo 15: Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hastanelere Göre Ortalamaları:**

<b>Ağrı İle İlgili Fizyolojik Belirtilerin Tanımlanması</b>	<b>C.B.Ü HASTANESİ</b>	<b>DEVLET HASTANELERİ</b>
Hiç Doğru Yanıt Yok	<b>0 (%0.0)</b>	3 (%2.3)
1 Doğru Yanıt	<b>27 (%16.2)</b>	21 (%15.8)
2 Doğru Yanıt	16 (%9.6)	10 (%7.5)
3 Doğru Yanıt	1 (%6.0)	5 (%3.8)
1 Doğru-1 Yanlış	19 (%11.4)	17 (%12.8)
2 doğru -1 Yanlış	42 (%25.1)	29 (%21.8)
3 Doğru-1 Yanlış	<b>62 (%37.1)</b>	<b>48 (%36.1)</b>
TOPLAM (N)	167	133

Ağrı ile ilgili fizyolojik belirtilerin doğru/yanlış oranlarının değerlendirildiği **tablo 15'te** Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin %16.2 oranında sadece 1 doğru yanıt verdikleri, Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin ise %15.8 oranında sadece 1 doğru yanıt verdikleri görülmektedir. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler %37.1 oranında, Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler de %36.1 oranında 10. soruya 3 doğru-1yanlış cevap vermişlerdir. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler en az 1 soruyu doğru yanıtlamışlardır.

**Tablo 16: Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Cerrahi Dahili Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:**

<b>Ağrı İle İlgili Fizyolojik Belirtilerin Tanımlanması</b>	<b>CERRAHİ BİRİMLER</b>	<b>DAHİLİ BİRİMLER</b>	<b>YOĞUN BAKIMLAR</b>
Hiç Doğru Yanıt Yok	<b>0 (%0.0)</b>	3 (%2.6)	<b>0 (%0.0)</b>
1 Doğru Yanıt	21(%14.9)	13 (%11.3)	<b>14 (%31.8)</b>
2 Doğru Yanıt	7 (%5.0)	18 (%15.7)	1 (%2.3)
3 Doğru Yanıt	5 (%3.5)	1(%0.9)	0 (%0.0)
1 Doğru-1Yanlış	19 (%13.5)	12 (%10.4)	5 (%11.4)
2 doğru -1 Yanlış	30 (%21.3)	31 (%27.0)	10 (%22.7)
3 Doğru-1 Yanlış	<b>59 (%41.8)</b>	<b>37 (%32.2)</b>	<b>14 (%31.8)</b>
<b>TOPLAM (N)</b>	<b>141</b>	<b>115</b>	<b>44</b>

**Tablo 16'ya** göre Cerrahi Birimlerde ve Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşireler fizyolojik belirtiler ile ilgili en az 1 soruyu doğru yanıtlamışlardır. Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşirelerin %31.8'i sadece 1 doğru yanıt vermişlerdir. Yine tabloya göre Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşireler %41.8 oranında , Dahili Birimlerde çalışan hemşireler %32.2 oranında ve Yoğun Bakımlarda çalışmakta olan hemşireler de %31.8 oranında fizyolojik belirtiler ile ilgili soruya 3 doğru-1 yanlış cevap vermişlerdir.

**Tablo 17: Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Yaşları ve Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları:**

<b>Ağrı İle İlgili Fizyolojik Belirtilerin Tanımlanması</b>	<b>20-30 Yaş</b>	<b>30 Yaş ve Üstü</b>	<b>10 Yıl ve Altı (çalışma yılı)</b>	<b>10 yıl üstü (çalışma yılı)</b>
Hiç Doğru Yanıt Yok	2 (%1.1)	1 (%0.9)	32(%1.0)	<b>1(%1.0)</b>
1 Doğru Yanıt	<b>37(%20.1)</b>	11(%9.5)	<b>39 (%19.7)</b>	19(%8.8)
2 Doğru Yanıt	23(%12.5)	3 (%2.6)	23 (%11.6)	3 (%2.9)
3 Doğru Yanıt	3 (%1.6)	3(%2.6)	3(%1.5)	3(%2.9)
1 Doğru-1Yanlış	26(%14.1)	10 (%8.6)	27 (%13.6)	9 (%8.8)
2 doğru -1 Yanlış	43 (%23.4)	28 (%24.1)	53 (%26.8)	18 (%17.6)
3 Doğru-1 Yanlış	<b>50(%72.2)</b>	<b>60 (%51.7)</b>	<b>51 (%25.8)</b>	<b>59 (%57.8)</b>
<b>TOPLAM (N)</b>	<b>184</b>	<b>116</b>	<b>198</b>	<b>102</b>

Hemşirelerin Yaş ve Çalışma Yıllarına göre Ağrı ile ilgili fizyolojik belirtilerin doğru/yanlış oranının değerlendirildiği **tablo 17’de** 20-30 yaş arasındaki hemşirelerin sorulara %20.1 oranında, 10 yıl ve altı çalışma yılı grubundaki hemşirelerin de % 19.7 oranında 1 doğru yanıt verdikleri görülmektedir. 20-30 yaş arasında olan hemşirelerin %72.2’si, 30 yaş ve üzeri hemşirelerin %51.7’si, 10 yıl altı çalışmış olan hemşirelerin %25.8’i, 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olan hemşirelerin de %57.8’i 3doğru-1 yanlış cevap verdikleri görülmektedir.

**Tablo 18: Ağrı İle İlgili Fizyolojik Değişikliklerin Tanımlanmasında Doğru ve Yanlış Oranlarının Hemşirelerin Eğitimleri ve Ağrı Eğitimi Almalarına Göre Ortalamaları:**

<b>Ağrı İle İlgili Fizyolojik Belirtilerin Tanımlanması</b>	<b>Meslek Lisesi</b>	<b>Lisans Düzeyi</b>	<b>Ağrı Eğitimi Alanlar</b>	<b>Ağrı Eğitimi Almayanlar</b>
Hiç Doğru Yanıt Yok	<b>0(%0.0)</b>	3 (%1.4)	<b>0(%0.0)</b>	3(%1.4)
1 Doğru Yanıt	10(%12.8)	38(%17.1)	14 (%17.5)	34(%15.6)
2 Doğru Yanıt	<b>16(%20.5)</b>	10(%4.5)	7 (%8.8)	19(%8.7)
3 Doğru Yanıt	1 (%1.3)	5(%2.3)	0(%0.0)	6(%2.8)
1 Doğru-1Yanlış	11(%14.1)	25 (%11.3)	9 (%11.3)	27(%12.4)
2 doğru -1 Yanlış	9 (%11.5)	62(%27.9)	16 (%20.0)	53(%24.3)
3 Doğru-1 Yanlış	<b>31(%39.7)</b>	<b>79(%35.6)</b>	<b>34 (%42.5)</b>	<b>76 (%34.9)</b>
<b>TOPLAM (N)</b>	<b>78</b>	<b>222</b>	<b>80</b>	<b>218</b>

**Tablo 18'e** göre Meslek lisesi mezunu olan ve Ağrı eğitimi almış olan hemşireler fizyolojik belirtiler ile ilgili en az 1 soruyu doğru yanıtlamışlardır. Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin % 20.5'i sadece 2 doğru yanıt vermişlerdir. Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin %39.7'si, Lisans Düzeyinde eğitim almış hemşirelerin %35.6'sı, Ağrı eğitimi almış hemşirelerin % 42.5'i ve Ağrı eğitimi almamış hemşirelerin %34.9'u fizyolojik belirtiler ile ilgili olan soruya 3 doğru-1yanlış cevap vermişlerdir.



### III.6.3 Hemşirelerin Ağrı İle Tutumlarının Değerlendirilmesi:

Anket formunda bulunan 11-15. sorular hemşirelerin ağrı ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesine yönelik sorulardır. Likert ölçeğine göre hazırlanmış bu soruların cevapları: Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Kararsızım şeklinde verilen yanıtlar Katılmıyorum kategorisinde değerlendirilmiş; Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum yanıtları da Katılıyorum kategorisinde değerlendirilmiştir.

**Tablo 19: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hastanelere Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	C.B.Ü HASTANESİ		DEVLET HASTANELERİ		P
	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n )	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	22 (%13.1)	146 (%86.9)	37 (%28.0)	95 (%72.0)	<b>0.001</b>
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	75 (%44.6)	93 (%55.4)	40 (%30.1)	93 (%69.9)	<b>0.010</b>
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	49 (%29.2)	119 (%70.8)	47 (%35.6)	85 (%64.4)	0.235
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemeleri doğal bir haktır.	47 (%28.0)	121 (%72.0)	34 (%25.6)	99 (%74.4)	0.639
Ağrı ile ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	33 (%19.6)	135 (%80.4)	24 (%18.0)	109 (%82.0)	0.725

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin Ağrı ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği yorumlar **tablo 19'da** yer almaktadır. Tablo 19'a göre hemşirelerin "Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir" yorumuna Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin %86.9'u katılıyorum şeklinde cevaplamıştır. Aynı şekilde Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler "Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir" yorumuna % 72.0 oranında katılmışlardır. "Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir" yorumuna Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşireler %69.9 oranında katılmışlardır.

**Tablo 20: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Cerrahi Birimler ve Dahili Birimlere Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	CERRAHİ BİRİMLER		DAHİLİ BİRİMLER		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	40 %28.4	101 %71.6	19 %16.5	96 %83.5	<b>0.025</b>
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	41 %28.9	101 %71.1	47 %40.9	68 %59.1	<b>0.044</b>
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	47 %63.1	95 %66.9	33 %28.9	81 %71.1	0.476
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemeleri doğal bir haktır.	34 %23.9	108 %76.1	36 %31.3	79 %68.7	0.188
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	25 %17.6	117 %82.4	28 %24.3	87 %75.7	0.184

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

**Tablo 20’de** Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşireler ile Dahili Birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin tutumları değerlendirilmiştir. Buna göre, “ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir” yorumuna Cerrahi Birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin %71.6 oranında katılmışlardır. Aynı şekilde Dahili Birimlerde çalışmakta olan hemşireler de “ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir” yorumuna %83.5 oranında katılmışlardır. “Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir yorumuna Dahili Birimlerde çalışmakta olan hemşireler %59.1 oranında katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 21: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Dahili Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	DAHİLİ BİRİMLER		YOĞUN BAKIMLAR		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	19 %16.5	96 %83.5	0 %0.00	44 %100	<b>0.004</b>
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	47 %40.9	68 %59.1	27 %61.1	17 %38.6	<b>0.020</b>
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	33 %28.9	81 %71.1	16 %36.4	28 %63.6	0.366
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemeleri doğal bir haktır.	36 %31.3	79 %68.7	11 %25.0	33 %75.0	0.436
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	28 %24.3	87 %75.7	4 %09.1	40 %90.9	<b>0.032</b>

**\*\*p < 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Tutum sorularının Dahili Birimlerde ve Yoğun Bakımlarda çalışan hemşireler açısından değerlendirildiği tablo 21'e göre; Dahili Birimlerde çalışan hemşirelerin %83.5'i, Yoğun Bakımlarda çalışan hemşirelerin de %100'ü, ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisi olduğuna, inanmaktadırlar. "Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir" yorumuna Dahili Birimlerde çalışan hemşirelerin %59.1'i katılmışlar. yorumuna Yoğun Bakımlarda çalışan hemşireler %61.1 oranla katılmamışlardır. Dahili Birimlerde çalışan hemşireler %75.7 oranında Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmasını desteklemekte, Yoğun Bakımlarda çalışan hemşirelerde aynı şekilde %90.9 oranında ağrı ile ilgili tedavi planının hastaya özgü yapılmasına inanmaktadır.

**Tablo 22: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Cerrahi Birimler ve Yoğun Bakımlara Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	CERRAHİ BİRİMLER		YOĞUN BAKIMLAR		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	40 %28.4	101 %71.6	0 %0.00	44 %100	<b>0.000</b>
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	41 %28.9	101 %71.1	27 %61.1	17 %38.6	<b>0.000</b>
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	47 %63.1	95 %66.9	16 %36.4	28 %63.6	0.689
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemeleri doğal bir haktır.	34 %23.9	108 %76.1	11 %25.0	33 %75.0	0.886
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	25 %17.6	117 %82.4	4 %09.1	40 %90.9	0.174

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin ağrı ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği tablo 22’de Cerrahi Birimlerde çalışan hemşirelerin %71.1’i Ağrı şiddetinin yoğunluğuna hastanın kendisinin karar vereceğini desteklemektedir.Yoğun Bakım hemşireleri bu yoruma %100 oranında katılmıştır. Cerrahi Birimlerde çalışan hemşireler %71.1 oranla hastanın plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa ağrısının gerçek olmadığını düşünmektedir, Yoğun Bakımlarda çalışan hemşireler ise ,%61.1 oranla hastanın plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bile ağrısının va olduğunu düşünmektedirler. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır.

**Tablo 23: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ortalamaları:**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	20-30 YAŞ		30 YAŞ VE ÜZERİ		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	37 (%20.1)	147 (%79.9)	22 (%19.0)	94 (%81.0)	0.808
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	74 (%40.2)	110 (%59.8)	41 (%35.0)	76 (%65.0)	0.368
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	66 (%36.1)	117 (%63.9)	30 (%25.6)	87 (%74.4)	0.059
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklmeleri doğal bir haktır.	59 (%32.1)	<b>125</b> <b>(%67.9)</b>	22 (%18.8)	<b>95</b> <b>(%81.2)</b>	<b>0.011</b>
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	39 (%21.2)	145 (%78.8)	18 (%15.4)	99 (%84.6)	0.210

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin Ağrı ile ilgili tutumlarının yaşlarına göre değerlendirildiği **tablo 23'te** 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin “Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklmeleri doğal bir haktır” yorumuna %67.9 oranında katılmıştır. Aynı şekilde 30 yaş ve üzeri olan hemşirelerin de “Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklmeleri doğal bir haktır” yorumuna %81.2 oranında katılmışlardır.

**Tablo 24: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ortalamaları :**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	Çalışma Yılı 10 Yıldan Az Olanlar		Çalışma Yılı 11Yıl ve Üzeri Olanlar		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	40 (%20.2)	158 (%79.8)	19 (%18.6)	83 (%81.4)	0.745
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	77 (%38.9)	121 (%61.1)	38 (%36.9)	65 (%63.1)	0.735
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	67 (%34.0)	130 (%66.0)	29 (%28.2)	74 (%71.8)	0.302
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemeleri doğal bir haktır.	63 (%31.8)	135 (%68.2)	18 (%17.5)	85 (%82.5)	<b>0.008</b>
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	40 (%20.2)	158 (%79.8)	17 (%16.5)	86 (%83.5)	0.437

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

**Tablo 24'e** göre; hemşirelerin ağrı ile ilgili tutumlarının çalışma yıllarına göre ortalamaları gösterilmektedir. Çalışma yılı 10 yıldan az olan hemşirelerin %68.2'si Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemelerinin doğal bir hak olduğuna inanmaktadırlar. Çalışma yılı 10 yıldan fazla olan hemşireler de %82.5 oranında tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini bekleyen hasta ve yakınlarının hakkına inanmaktadırlar.

**Tablo 25: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Tutumlarının Hemşirelerin Eğitim Almalarına Göre Ortalamaları :**

Ağrı İle İlgili Tutum Soruları	Ağrı İle İlgili Eğitim Alanlar		Ağrı İle İlgili Eğitim Almayanlar		P
	Katılmıyorum(n %)	Katılıyorum (n %)	Katılmıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	
Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.	17 (%21.0)	64 (%79.0)	42 (%19.4)	175 (%80.6)	0.753
Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.	39 (%48.1)	42 (%51.9)	75 (%34.4)	143 (%65.6)	<b>0.030</b>
Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	15 (%18.5)	66 (%81.5)	81 (%36.3)	136 (%62.7)	<b>0.002</b>
Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemleri doğal bir haktır.	25 (%30.9)	56 (%69.1)	54 (%24.8)	164 (%75.2)	0.288
Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	23 (%28.4)	58 (%71.6)	34 (%15.6)	184 (%84.4)	<b>0.012</b>

**\*\*p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.**

Hemşirelerin Ağrı ile ilgili eğitim alan ve almayanların tutumunun değerlendirildiği **tablo 25'e** göre; “Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir” yorumuna ağrı ile ilgili eğitim almayan hemşirelerin % 65.6’sının katıldığı görülmektedir. Ağrı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin %81.5’i hastaların ağrısız bir durumda olmalarının sağlanabileceğini düşünmektedirler, ağrı ile ilgili herhangi bir eğitim almamış olan hemşireler de %62.7 oranında hastanın ağrısız bir durumda olmalarının sağlanabileceğini düşünmektedirler. Ağrı eğitimi almış olan hemşirelerin % 71.6’sı Ağrı İle ilgili tedavi planının hastaya özgü yapılması gerektiğini düşünmektedirler. Ağrı eğitimi almamış olan hemşireler de Ağrı İle ilgili tedavi planının hastaya özgü yapılması gerektiğine %84.4 oranında katılmışlardır.

## V. TARTIŞMA

Manisa İlinde yapılan Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmaya Celal Bayar Üniversite Hastanesinden ortalama %55.8 oranında, Manisa Devlet Hastanesi ve Merkez Efendi Devlet Hastanesinden ortalama %44.2 oranında hemşire katılımı olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza Dahili Birimlerden %38.2, Cerrahi Birimlerden, %47.2 ve Yoğun Bakımlardan %14.6 katılım oranı ile toplam 301 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin ağrı ile bilgileri oldukça yetersiz bulunmuştur. Bunun yanında Hemşirelerin ağrı ile ilgili tutumları bilgilerine göre daha iyidir ama yeterli değildir. Bilgi sorularının doğru bilinme ortalaması %34.4 olarak bulunmuştur, Tutum ile ilgili yorumların doğru ifade edilmesinin ortalaması ise %67,76 bulunmuştur.

Tsai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %48.6'sı iki yıllık hemşirelik diplomasına sahiptir. Hemşirelerin yaklaşık yarısının ( % 55) ağrı ile ilgili eğitim aldıkları ve bu eğitimi alan hemşirelerin %57.2'sinin hizmet içi eğitim aldıkları görülmüştür (16). Benzer şekilde Akbaş'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %11.6'sının ağrı ile ilgili okul dışı eğitim % 78.6'sının ise okulda diğer konuların içinde eğitim aldıkları görülmüştür. Aynı çalışmada hemşirelerin ağrı ile ilgili eğitim almayanların oranı ise %88.4 olduğu görülmüştür (22). Akdağ'ın yapmış olduğu çalışmaya Dahili Birimlerden ortalama %79.8, Cerrahi Birimlerden ortalama %20.2 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin %18.5'i ağrı konusunda eğitim almıştır. Akdağ'ın çalışmasında hemşirelerin %74.7'si hizmet içi eğitim almış, %25.8'i de ağrı ile ilgili seminere katılmışlardır(4).

Çalışmamızda Ağrı ile ilgili eğitim alanların oranı %26.9 olarak bulunmuştur. Ağrı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin % 11.3'ü Hizmetiçi eğitim, % 5.3'ünün Ağrı ile ilgili Kursa katıldıkları, % 11'inin de Ağrı ile ilgili seminere katıldıkları saptanmıştır (tablo:4). Ağrı ile ilgili eğitim alma durumunun yüzdesinin düşük olması okul müfredatında bu konuya diğer konuların içinde yer verilmesi ve ağrı biliminin yeni gelişmekte olmasına ağrı bilincinin yeterince önemsenmemesine, ağrı ile ilgili eğitim ve programların yeterli ve düzenli olmamasına bağlanabilir. Yaptığımız çalışmada Ağrı eğitiminin hemşirelerin bilgi ve inançları üzerinde ilaçların uygulanması ve analjeziklerin etki mekanizmalarının bilinmesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ağrı eğitiminin hemşirelerin bilgi ve inançları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğunu gösteren çalışmalardan biri de Zhang ve arkadaşlarının randomize ve kontrollü olarak yaptıkları bir çalışma olan “ hastaneye akut ağrı nedeni ile yatan çocuklarda ağrı yönetiminin değerlendirilmesi” konulu çalışmadır. Bu çalışmada bir gruba üç hafta boyunca düzenli ve



programlı bir şekilde ağrı eğitimi verilmiş ve her hafta sonunda bir değerlendirme yapılmıştır. Kontrol grubundaki hemşirelerin bilgi düzeyinde herhangi bir değişiklik görülmemiş. Eğitim alan grupta ise öncekine göre anlamlı düzeyde farklılık oluşmuştur. (63)

Çalışmamızda Ağrı ile ilgili yayın takip eden hemşire yüzdesi % 7.3 olarak görülmektedir. Akbaş'ın çalışmasında yayın takip eden hemşirelerin oranı % 88,4 olarak bulunmuştur (22). Akdağ'ın çalışmasında bu oran % 19,6 olarak bulunmuştur (4). Karadeniz ve Atalay'ın çalışmasında bu oran %18.6 olarak bulunmuştur (10). Fıstıkçioğlu'nun çalışmasında ise bu oran Akbaş'ın çalışmasında olduğu gibi diğerlerine göre %41.25 oranla daha yüksek bulunmuştur (11). Hemşirelerin çoğunun az yayın takip ediyor olmalarının nedeni ağrı konusunda yeterli bilinçli olmamaları ve bu konuda yapılan çalışmaların ve eğitimlerin azlığı gösterilebilir. Yine hemşirelerin yoğun çalışma şartları buna bir neden olarak gösterilebilir. Çalışmamızda yayın takip eden hemşirelerin % 2 oranında kitap ve bilimsel dergileri takip etmektedir. Gazete, internet tv. gibi araçların takip edilme oranı çok daha düşük bulunmuştur. Teknolojinin hızla ilerlemesi ve kitle iletişim araçlarının günümüzde çok kullanılıyor olması, internet aracılığı ile bilgilere kısa sürede ulaşılabilmesi bile hemşirelerin ağrı ile ilgili yayınların takip etmelerini sağlayamamıştır. Bu durum hemşirelerin çalışma şartlarının yoğunluğu, ağrı konusunun önemsenmiyor olması şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamızda hemşirelere ağrı ile ilgili bilgilerine yönelik toplam 10 soru sorulmuştur. Ağrının fizyolojik belirtilerinin sorulduğu 10. soru birden fazla doğru cevap içerdiği için diğer 9 sorudan ayrı değerlendirilmiştir. 9 sorunun doğru cevap ortalaması %34.4 bulunmuştur. Çalışmamızda hemşirelerin %81.7'si ağrının özellikleri konusunda bilgili, %63.5'i analjeziklerin uygulama kuralları konusunda bilgilidir. Akdağ'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam doğru cevap ortalaması  $3,78 \pm 0,11$  olarak gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %80.4'ü ağrının özellikleri konusunda, %49.4'ü analjeziklerin uygulama kuralları konusunda bilgili bulunmuştur (4). Yine Hsiang-Ling Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu Yoğun bakım Hemşirelerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmaya 370 hemşire katılmış katılımcı hemşirelerin % 40,5'i lisans mezunu ve % 69'u ağrı konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada genel ortalama doğru cevap verme oranı %53.4 olarak bulunmuştur. Lisans düzeyinde eğitim almış hemşirelerin soruları doğru yanıtlama ortalamasına bakıldığında oran %38.7 olarak bulunmuştur (64). Wilson B Yapmış olduğu "Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgisi" adlı çalışmasında 86 hemşireye doğru/ yanlış ifadelerinin kullanıldığı 20 bilgi sorusu sormuş ve çalışma uzman hemşireler ile diğer hemşirelerin karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır. Uzman hemşirelerin Ağrı konusundaki bilgi puanı %79.4 olarak bulunmuştur. Bu yüksek

puanın nedeni uzman hemşirelerin aldıkları eğitimin etkinliği ile ilişkilendirilmiştir (65). Lui ve arkadaşlarının yaptığı ve 143 hemşireye uygulanan ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği 25 bilgi sorusunun sorulduğu çalışmada hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutum eksikliğinin olduğu saptanmış soruları doğru cevaplama oranının % 47.72 olarak bulunduğu görülmüştür (66). Bernardi ve arkadaşlarının yapmış olduğu kanser ağrısı ile ilgili bilgi ve tutumların incelendiği çalışmada 287 onkoloji hemşiresine toplam 39 soru sorulmuş ve bu sorulara ortalama %21.4 doğru yanıt alındığı görülmüştür. Bu çalışmada doğru yanıt veren hemşirelerin ağrı ile ilgili eğitim alanlarının ortalaması daha fazla olduğu bulunmuştur (2). Tsai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sorulara doğru yanıt verme oranı ise %49.2 olarak bulunmuştur (16). Van Niekerk 1015 hemşireye posta yolu ile ulaşarak 29 bilgi sorusuna %72 oranında doğru yanıt aldığını göstermiştir (67). Bu çalışmada hemşirelerin soruları doğru yanıtlama ortalamalarının yüksek bulunması, hemşirelere posta yolu ile ulaşılmış olmasının kendilerine soruları cevaplamaları konusunda zaman kazandırılmış olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda bilgi sorularının doğru yanıtlanma ortalaması oldukça düşüktür. Bu da bize çalışmaya hemşirelerin ağrı ve uygulamaları konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

Anketimize opioid analjeziklerin bağımlılık yapma oranı ile ilgili soruya ortalama %1.7 oranında doğru yanıt alınmıştır. Van Niekerk'in yapmış olduğu hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve yönetiminin değerlendirildiği çalışmada Hemşirelerin ilaç uygulaması konusunda eksikliklerin olduğunu görmüş ve araştırmasında opioid analjeziklerin bağımlılık yapma oranına yönelik sorulara verilen doğru yanıt oranını % 53.3 olarak bulmuştur (67). Kuzeyli Yıldırım'ın Türk Onkoloji hemşirelerinin kanser ağrısına yönelik bilgi ve hemşirelik yönetiminin incelendiği çalışmada opioid analjeziklerin bağımlılık yapma oranının % 8.8 olarak görülmektedir (70). Bernardi ve arkadaşlarının onkoloji hemşirelerinin bilgisine yönelik yönelttikleri opioid analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'in altındadır sorusunun doğru yanıtlanma oranı %62.4 olarak bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olmasının nedeni hemşirelerin narkotik analjezik uygulaması ile yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve uygulama konusundaki endişelerinin ve korkularının olabileceği düşünülebilir. Opioidlerin kullanımı hakkında bir çok söylenti ve yanlış fikirler bulunmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin deneyimleri bu inançları kuvvetlendirmektedir. "Bağımlılık korkusu" veya "opiofobi" kanser ağrısının kötü yönetiminde en yaygın nedenlerden birisidir. Ağrılı hastalarda opioid bağımlılığının % 1'den daha az olduğu düşünülmesine karşın, bir çok çalışmada sağlık bakım profesyonellerinin bu gerçeğin farkında olmadığı ve bu durumu abarttığı belirlenmiştir (68). Gerçekte, "ilaç

bağlılığı” şeklindeki algılanan risk nedeniyle, opioidlerin ağrı için uzun süreli kullanımına geleneksel olarak olumlu bakılmamaktadır. “Bağımlılık” terimi artık WHO tarafından kullanılmamaktadır. Bu nedenle, “Bağımlılık” ve “bağlılık” arasındaki karışıklığın önlenmesi daha zordur. WHO tarafından yapılmış ve “bağlılık” ile karşılaştırılabilecek geçerli bir “bağımlılık” tanımı yoktur. WHO tarafından yapılan “ilaç bağlılığı” tanımının temel kavramı, ilaç almak için güçlü bir isteğin veya dürtünün varlığı şeklinde tanımlanmıştır. WHO Kanser Ağrısı Tedavisi ve Etkin Destekleyici Bakım Uzman Komitesi bağlılığın” kanser hastalarında nadiren ortaya çıktığına işaret etmiştir. Araştırmalar, uzun bir süre opioid alan hastalarda bırakma sendromunun ve toleransın ortaya çıkmasına karşın, ilaç bağlılığının son derece nadir görüldüğünü göstermiştir (69).

Çalışmamızda hemşirelere ağrı ile ilgili beş adet tutum sorusu yöneltilmiştir. Hemşirelerden beklenen yanıtların yüzde ortalamasının düşük olması yine ağrı konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları ve hemşirelerin geleneksel inançlarından vazgeçememeleri şeklinde nitelendirilebilir. Sağlık profesyonellerinin akut ve kronik ağrı tanılması ve tedavisi hakkındaki bilgi ve tutumları ile ilgili geniş bir literatürün varlığı bilinmektedir. Bazı çalışmalar kültürel ve etnik özelliklere göre ağrıya ilişkin tutum ve inanışların değiştiğini göstermektedir (5). Beytut ve arkadaşlarının yapmış olduğu Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel tutum ve inançlarının incelendiği çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk hastada ağrıya yaklaşım konusunda çeşitli kültürel tutum ve inançları olduğu saptanmış, ancak bu tutum ve inançlarının profesyonel mesleki tutumlarını etkilemediği bulunmuştur (5). Çalışmamızda hemşirelere yönelttiğimiz Ağrı şiddetine karar verecek olan hastanın kendisidir ifadesine hemşirelerin ortalama %79.4’ünün doğru yanıt verdikleri görülmüştür. Bir hasta plasebo ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir ifadesine ise %37,3 oranında doğru yanıt verilmiştir. Kuzeyli Yıldırım’ın onkoloji hemşirelerine yaptığı çalışmada plasebo uygulaması ile ilgili soruya verilen yanıtın oranı %6 olarak bulunmuştur (70). Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hasta plasebo ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir sorusuna doğru yanıt verme oranı % 11.1 olarak bulunmuştur (8). Plasebo uygulamaları plaseboya yanıt veren hasta grubunun belirlenmesinde oldukça önemli olduğu savunulmaktadır. Çok şiddetli ağrılar ve özellikle kanser ağrısı gibi ağrılarda plasebo yanıtın oldukça fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu oran literatürde %20-40 olarak gösterilmiştir (71). Çalışmamızda bu ifadeye verilen yanıtın doğruluk oranının diğer çalışmalara göre yüksek olması Manisa ilindeki hemşirelerimizin ağrı ve uygulamalar konusunda tutumlarının doğru olduğunu göstermektedir.

## VI. SONUÇ

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi tutum inanç ve uygulamaları etkin değildir. Hemşirelerin bilgi ve tutumlarının etkinliği bilimsel anlamda daha kapsamlı ve sürekli bir eğitim ile mümkündür.

Hemşirelerin hasta bakım kalitesinin arttırılabilmesi için bilgi ve davranışlarının desteklenmesi, hemşirelik lisans eğitim programlarında ağrı ve ağrı yönetimi konularına daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Hastane yöneticilerinin ağrı tanılması ve ağrı konusunda hemşirelik girişimlerini içeren hizmet içi eğitim programlar düzenlemeleri ve yönetici hemşirelerin, bakım verilen hastaların sorumluluğunu alan hemşirelerden konforun sağlanması ve ağrı konusunda değerlendirme yapmalarını desteklemeleri, günlük rutinlerde ağrı tanılama skalalarını kullanmalarını beklemeleri yerleştirilmesi ve etkinliğinin belli aralıklarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin Ağrı ile ilgili yeterli eğitim, seminer ve hizmet içi programlara katılmadıkları görülmüştür. Bu bağlamda eğitimlerin seminerlerin ve hizmet içi eğitim programlarının artırılması ve etkili bir şekilde sunulması gerekmektedir. Eğitimlerin içerikleri güncelleştirilerek; eğitim programları içinde ilaçların bağımlılık yapma durumu, plasebo uygulamaları ve farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin uygulanmasında etik kurallar konularına ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Hizmetiçi eğitim programlarının etkinliğini artırmak için hemşirelerin interaktif yöntemlerin kullanılması için yönlendirilmesi gerekir.

Hizmetiçi eğitim programlarının etkinliğini artırmak için hemşireler üzerinde geriye yönelik değerlendirmelerin yapılması ( gözlem, anket, istatistiksel çalışmalar).

Ağrı konusunda hemşirelerin sorumluluğunun diğer sağlık disiplinlerine göre daha fazla olması nedeni ile eğitim müfredatında ağrı konusuna daha fazla yer verilmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin ağrı kontrolünde yayın takibi ve bunun önemi konusunda bilinçlendirilmesi şarttır.

Hastanelerde ağrı servislerinin kurulması ve ağrı konusunda sertifikalandırılmış hemşirelerin bu birimlerde görevlendirilmesi gerekir.

Hemşirelerin doğru cevap oranının çok düşük olduğu soru “narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranları” olarak saptanmıştır. Buna yönelik olarak narkotik analjezik uygulamaya yönelik sertifika programlarının düzenlenmesi ve birçok hemşirenin bu konuda sertifikalandırılması gerekmektedir.

Araştırmada hemşireler ağrının tanımlanması ve ağrının özellikleri konusunda bilgili iken uygulamalarda ve analjezikler konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Özellikle ağrı konusunda mesleki deneyim, yaş, eğitim, çalışılan birimler bilgi ve tutumları etkileyeceği düşünülürken, hemşirelerin ağrı konusundaki deneyimleri yeterli bulunmamıştır. Bu nedenle yoğun çalışma şartlarının azaltılması ve hemşirelerin desteklenmesi oldukça önemlidir.

## VII KAYNAKLAR

1. Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Ovayoğlu. D. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü Gaziantep Tıp Dergisi 2008. 14:53-58
2. Bernardi M, Catania G, Lamberd A, Tridello G, Luzzani M Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. "javascript: "European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society." 2007;11(3):272-9.
3. Lui LY, So WK, Fong DY Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. "Journal of clinical nursing. 2008;20:14-21.
4. Akdağ. R.G. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Gaziantep 2008.
5. Beytut D. Ve ark Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Geleneksel İnanç Ve Uygulamaları Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı: 3.2009
6. Aslan FE, Badır A, Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı, 2005 17(2): 44–51.
7. Brockopp DY, Ryan P, Warden S: Nurses' willingness to manage the pain of spesific groups of patients. British Journal of Nursing, 2003; 12(7): 409-415.
8. Özer. S ve ark Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi Ağrı, 18:4, 2006
9. Baran G, Göz F, Ağrı ve Ağrılı Hastada Hemşirelik Süreci, Sendrom 14(4), 110-116 2003
10. Karadeniz G, Atalay M. Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı olan hastaya Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1990: 539-547
11. Fıstıkçıoğlu A, Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Kanser Ağrısı Hakkındaki Bilgilerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1985.
12. Cimete G, Ağrı kavramı. Türk Hemşireler Dergisi, 44(5-6): 42-5. 1994
13. Yeğül. İ, Postoperatif Ağrı Tedavisi, Ağrı ve Tdavis, yapım Matbaacılık İzmir 1993
14. Köknel Talu G: Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. In: Erdine S: Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 61-69
15. Potter P.A, Perry A.G, Fundamentals of nursing. (5th ed), Mosby, United States of America, s: 1282-1322, 2001
16. Tsai FC, Chien CC, Lin CC Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. 2007;16(11):2088-95.
17. Özer N, Bölükbaşı N, Profesyonel Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanılamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000
18. Aslan E.F. Tarihsel süreçte ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. 2006
19. Aslan E.F, (ed) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Mart Matbaacılık Sanatları 1. Baskı 2006 İstanbul, s: 3-9.

20. Loser DJ, Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001
21. Edirne S, Ağrının tarihçesi. Ağrı Serisi, 1. Basım, Hekimler Yayın Birliği, İstanbul, 1995
22. Akbaş M. Hemşirelerin Ağrısı olan Hastanın Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi Adana -2003
23. Erdine S, Ağrı Sendromları ve Tedavisi, Genişletilmiş 2. Baskı, Gizben Matbaacılık, 2003, 1-27
24. Ceyhan D, Güleç M.S, Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır? Ağrı 2010; 22(2):47-52
25. Erdine S, Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 37-4
26. Zarifoğlu M, Nöropatik Ağrı Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003 2:2
27. Erdine S, Ağrılı Hastanın Fizik Muayenesi Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007
28. Candan S. Visseral Ağrı ve Genitouriner Ağrı. Download the free trial online at nitropdf.com/Professional.sf:65. Erişim tarihi.12.08.2010
29. Bebek N., Ertaş M. Nöropatik ağrı. Ağrı dergisi 19:3;7 2007
30. Yücel A, Çimen. A Nöropatik ağrı Mekanizmalar, tanı ve tedavi. Ağrı dergisi 17:1;6 2005
31. Mete H.E, Noyan A., Sertöz Ö.Ö. Ağrının psikososyal yönü Ağrı, 18:1;21 2006
32. Erdine S, Ağrı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000.
33. Heavner J, Ağrı Mekanizması: Klinik Pratik İçin Bilimsel Temeller. Güncel pediatri dergisi.2000
34. Erdine S, Rejyonel Anestezi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005, 13-23.
35. Kocaman G, Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Medikal Yayıncılık İzmir 1994
36. Alon PK, Prevention and treatment of postoperative pain. Ağrı. 2000; 12(3): 9-14
37. Nielsen LA, Yücel A, Induction and assessment of experimental pain from human skin. Ağrı. 2000; 12(1): 10-18
38. Karadeniz G, Masajın Ağrıyı Giderme ve Endorfin Salınımı Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1997, Ankara
39. Güzeldemir M.E, Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, Sendrom Tıp Dergisi 1995:11
40. Aslan F, Ağrı değerlendirme yöntemleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2002; 6 (1): 9-16.
41. Uyar M, Akut ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi ve Ölçümü. Akut Ağrı Güneş Kitabevi Ankara 2005 37-50
42. Eti Aslan F, Aygin D, Sarıyıldız D, Travma geçiren hastaların ağrı yönetimine ilişkin memnuniyet düzeyleri. J Med Sci 2007; 27: 687-694.
43. Güzeldemir ME, Pain Assesment Methods Sendrom Haziran 1995:11-21
44. Aslan Eti F, Akut Ağrı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005, İstanbul Cilt2, sayı1, 24 – 32
45. Kurt E, Postoperatif Ağrı, <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/anestezi/Metin/PostoperatifAgri.doc>.
46. Kocaman G, Ağrı-hemşirelik yaklaşımları. (1. Baskı), Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1994
47. McCaffery M, Pain Control. Cancer Supplement, 70(5): 1438–1449, 1992.
48. Emir S, Cin Ş, Çocuklarda Ağrı: Değerlendirme ve Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004 cilt:57 sayı:3
49. Savoia G, Postoperative Pain Treatment Recommendations 2010 Minerva Anestesiologica .2010, 657-675

50. Süzer Ö, Ağrı İletimi ve Opioidler. "http://www.onersuzer. güncelleme:02.10.2006.
51. Önal S.A. Analjezik adjuvanlar. Ağrı, 18:4, 2006
52. Özbek, H, Kronik Nonmalign Ağrıda Opioid Kullanımı. Galanos Aylık Tıp Dergisi, 33: 24–31, 1999
53. Arslan S, Çelebioğlu A,: Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1): 1–7, 2004.
54. Uçan Ö, Ovaylıoğlu N, Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4 ,2007.
55. Özer N, Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin incelenmesi Yüksek Lisans Tezi Erzurum 1998 sf:25-27
56. Yentür A, Ağrı ve Yaşam Kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, Meta Basım, İzmir,2007. 12-13.
57. Derebant E , Yiğit R, Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(2)
58. Güneş ÜY, Hekim ve Hemşirelerin Hastaların Yaş ve Cinsiyetine Göre Ağrıya Verdikleri Yanıtlara İlişkin İnanışları Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1) : 145-156, 2005
59. Eti Aslan F, Akut Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü, Güneş Kitap Evi. 2005:303-320.
60. Ay F, Alpar Ş.E, Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları Ağrı 2010;22(1):21-29
61. Askey B, Ludwig G, Nursing Diagnosis Handbook A Guide to Planning Care. London, Mosbey Year Book, 1997
62. Tosun N, Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/hit=102.
63. Zhanc CH, Hsu L, Zou BR, Lı JF, Wang HY, Huang J, Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes andPain Assessment Practices in China. Journal of Pain and Symptom Management,1 : 1–12, 2008.
64. Wang HL, Tsai YF, Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. Journal of clinical nursing, doi: 1365-2702.2010.
65. Wilson B, Nurses' knowledge of pain. Issues In Clinical Nursing. Journal of Clinical Nursing 16, 1012–1020-2008
66. Lui L, So W, Fong D, Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. Clinical Nursing. Pain Management, Journal of Clinical Nursing, 2014–2021,2007.
67. Niekerk V, Tasmanian Nurses' Knowledge of Pain Management. International Journal of Nursing Studies, 38: 141–152, 2001.
68. Kuzeyli Y Y, Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. Ağrı 18:3 2006
69. Narkotik ve Psikotrop Maddeler; Ulusal Opioid Denetim Politikasında Dengeyi Salama Değerlendirme Kuralları. Dünya Sağlık Örgütü yayını, 2000: 7–8.
70. Kuzeyli YY. Knowledge and Attitudes of Turkish Oncology Nurses About Cancer Pain Management Pain Management Nursing, 2008: 17-25
71. Soykan A, Kumbasar H, Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar Klinik Psikiyatri, 2: 109–116, 1999.



## AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUM ANKETİ

1- Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

A) Ağrının ifade şekli sözel veya sadece davranışsal olabilir. Ağrının sözel olarak ifade edilememesi ağrının olmadığı anlamına gelmez.

B) Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Bu nedenle onu ancak deneyimleyen tanımlayabilir.

C) Eğer hastanın dikkati başka yöne çekilebiliyorsa bu hastanın belirttiği gibi yüksek bir ağrı şiddetine sahip olmadığı anlamına gelir.

D) Uykusuzluk, bilinmeyen korkusu, kanser tanısı, anksiyete, depresyon ağrı toleransını azaltır.

2- Ağrı genellikle.....beraberdır.

A) Kalori ihtiyacının artmasıyla

B) Oksijen ihtiyacının artmasıyla

C) Vücut ısısının yükselmesiyle

D) Hepsi

3- Hangi semptomlar kronik ağrı ile ilişkilidir?

A) İştah azalması, enerjide azalma, uyku düzensizliği, apati, kan basıncında düşme

B) Ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, hızlı solunum, yüksek kan basıncı, terleme

C) Dövünme, ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, soğuk ve nemli ekstremiteler

D) Hepsi

4- Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

A) Ağrı yönetiminde ilaçların kullanılmadığı durumlarda ya da etkisiz kaldığı durumlarda bunların etkisini arttırmak, ağrıyı kontrol altına almak amacıyla bazı ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır.

B) Bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir.

C) İlaç dışı girişimler orta şiddetli ağrı için çok etkili olmasına rağmen çok ciddi ağrılarda etkili değildir

D) Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin analjezikler ile birlikte değil, yalnız başına kullanması önerilmelidir.

5- Aşağıdakilerden hangisi ağrı yönetiminde ilaçların uygulanma ilkelerinden biri değildir?

- A) İlaçlar etkili dozda kullanılmalıdır.
- B) İlaç dozu hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmelidir.
- C) Analjezikler ‘‘ saatinde’’ değil ‘‘ gerektiğinde’’ uygulanmalıdır.
- D) Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalıdır.

6- Kanser nedeni ile ağrısı olan hastaya narkotik analjezik başlarken ilk tercih edilecek uygulama yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Damar içi (I.V)
- B) Kas içi (I.M)
- C) Cilt altı (S.C)
- D) Ağızdan (Oral yol)

7- Ağrılı hastada genel olarak narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı:

- A) %1 dir.
- B) %10 dur.
- C) %25 tir.
- D) %85 tir.

8- İlaçlarla ağrı yönetiminde aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Ağrılı bir hastada kombine analjezik kullanımından çok tek analjezik ajan kullanılmalıdır.
- B) İlaç tedavisinin sıklığı veya dozu arttırıldığında ilaca karşı tolerans gelişir.
- C) Madde bağımlılığı öyküsü olan hastalara bağımlılık riskleri yüksek olduğu için opioidlerin verilmemesi gerekir.
- D) Hastanın kullandığı analjezik miktarını arttırmak isteğinde bulunması, hastanın psikolojik bağımlı olduğunu gösterir.

9- Aşağıdakilerden hangisi ağrı kontrolünde kullanılan morfinin gösterdiği etkilerden biri değildir?

- A) Ağrı eşiğini yükseltir.
- B) Algılamayı ortadan kaldırır ve kişiyi kendini iyi hisseder duruma getirir.
- C) Düz kaslara etki ederek ağrıyı giderir.
- D) Hoşa gitmeyen duyguları (ağrı, korku, üzüntü) gidermekte etkilidir.

10- Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağrısı olan hastada gözlemlenebilecek fizyolojik değişikliklerdir? (Sizce doğru olan şık veya şıkları sorunun yanındaki bölüme(x) işareti koyarak cevaplayınız.)

- A)Nabız ve kan basıncında değişmeler( ).  
B)Öfke, korku, anksiyete ( ).  
C)Terleme solukluk ( ).  
D)Solunumun artması, pupilla dilatasyonu ( ).

AŞAĞIDAKİ SORULARI UYGUN BULDUĞUNUZ SEÇENEĞE ( X ) İŞARETİ KOYARAK CEVAPLAYINIZ.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
11-Ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan hastanın kendisidir.					
12-Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa bu ağrısının gerçek olmadığı anlamına gelir.					
13-Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir					
14-Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemleri doğal bir haktır.					
15-Ağrı İle ilgili tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.					