

T.C
ŞİFA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ UYGULAMA
VE KLİNİK KARAR VERME DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

AYŞE İDMANLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. GÜLENDAM HAKVERDİOĞLU YÖNT

2016-İZMİR

ŞİFA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİ UYGULAMA
VE KLİNİK KARAR VERME DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

AYŞE İDMANLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. GÜLENDAM HAKVERDİOĞLU YÖNT

2016-İZMİR

Tez. No: 2016-516

KABUL ve ONAY

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/06/2016

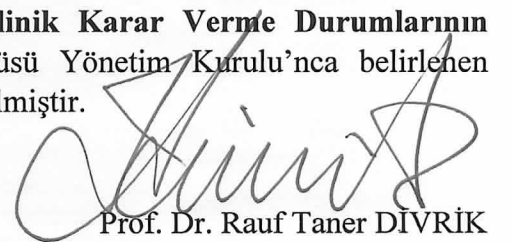
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Gülenam HAKVERDİOĞLU YÖNT – Şifa Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

ONAY :

Bu ‘‘Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Uygulama ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi’’ yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rauf Taner DİVRİK

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında sabır ve özveri ile desteğini ve danışmanlığını esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Yrd.Doç. Dr. Güldam HAKVERDİOĞLU YÖNT'e mesleki gelişimimde sabırla verdiği emekleri için, kıymetli zamanlarında danışmanlık sağladığı, mesleki bilgilerini şahsımla paylaştığı, mesleki hayatıma daha geniş bir bakış açısı ile bakmayı öğrettiği, bilgi ve deneyimleri ile yolumu aydınlattığı tüm bunları yaparken sevgisini esirgemediği için teşekkür ederim.

Bu tezi yapmama olanak sağlayan Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Direktörlüğüne, tezimin istatistiksel değerlendirmesinde desteğini esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK'e, Şifa Üniversitesi Hastaneleri Başhemşireliklerine, klinik sorumlusu arkadaşlarıma, anket yapmama olanak sağlayan ve sabırla desteklerini esirgemeyen tüm hemşire arkadaşlarıma, tez çalışmalarım süresince desteğini esirgemeyen bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Hedefimi gerçekleştirmem için, tez çalışmamı yapma süresince her açıdan beni destekleyen aileme ve sevgili eşime teşekkür ediyorum.

Ayşe İDMANLI

İzmir, 2016

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	iii
Önsöz	iv
İçindekiler	v
Simgeler Kısaltmalar Dizini.....	viii
Tablolar Dizini	ix
Şekiller Dizini	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ağrının Tanımı.....	4
2.1.1. Ağrıya İlişkin Kavramlar	4
2.2. Ağrının Algılanması.....	5
2.3. Ağrı Teorileri	6
2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)	6
2.3.2. Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmalar).....	7
2.4. Ağrının Sınıflandırılması	8
2.4.1. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması:.....	8
2.4.2. Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması:.....	9
2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması:	9
2.5. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler	10
2.6. Ağrının Değerlendirilmesi	12
2.6.1. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi	13
2.6.2. Ağrıya Eşlik Eden Semptomların Değerlendirilmesi.....	14
2.6.3. Ağrılı Hastanın Psiko-Sosyal Olarak Değerlendirilmesi	14
2.7. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	14
2.7.1. Objektif Gözleme Dayanan Yöntemler:.....	14
2.7.2. Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:.....	15
2.7.2.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler:	16
2.7.2.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler.....	17
2.7.3. Ağrı Giderilmesinin Ölçülmesi	18
2.8. İlaçlarla Ağrı Yönetimi	19

2.8.1. Analjezik İlaçlar.....	19
2.8.1.1. Narkotik Olmayan Analjezikler.....	19
2.8.1.2. Narkotik Analjezikler.....	20
2.8.2. Adjuvan İlaçlar.....	21
2.8.3. Lokal Anestezipler.....	22
2.8.4. Hasta Kontrollü Analjezi HKA (Pain Controlled Analgesia - PCA).....	22
2.8.5. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Analjezik Kullanma İlkeleri:.....	22
2.9. Ağrı Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler.....	23
2.9.1. Bilişsel Teknikler:.....	23
2.9.2. Fiziksel Teknikler:.....	24
2.9.3. Diğer uygulamalar.....	26
2.10. Ağrı Tedavisinde Cerrahi Yöntem.....	27
2.11. Ağrıda Hemşirelik Bakımı.....	27
2.11.1. Akut Ağrıda Hemşirelik Girişimleri.....	28
2.11.2. Kronik Ağrıda Hemşirelik Girişimleri.....	29
2.12. Hemşirelikte Klinik Karar Verme.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	32
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	32
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	32
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.5. Araştırmanın Hipotezi.....	33
3.6. Verilerin Toplanması.....	33
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	33
3.6.1.1. Tanıtıcı Özellikler Formu:.....	33
3.6.1.2. Ağrı ile İlgili Bilgi Formu:.....	33
3.6.1.3. Ağrı ile İlgili Uygulama Formu:.....	34
3.6.1.4. Ağrı İle İlgili Klinik Karar Verme Formu:.....	34
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
4. BULGULAR.....	36
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	37

4.2. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Durumları ile İlgili Bulgular	39
4.3. Hemşirelerin Hastanın Ağrısı ile İlgili Yaşadığı Etik İnkilemlerin Önem Sırası ile İlgili Bulgular	41
4.4. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Gereksinimi Duyduğu En Önemli Üç Konunun Önem Sırası ile İlgili Bulgular.....	42
4.5. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Durumları ile İlgili Bulgular	43
4.6. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Uygulamaları ile İlgili Bulgular	45
4.7. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Doğru Bildikleri İfade Sayısı ile İlgili Bulgular	47
4.8. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular	48
4.9. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular	51
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	63
ÖZET	64
ABSTRACT.....	65
KAYNAKLAR	66
EKLER	70
Ek 1. Veri Toplama Formu	70
Ek 2. Ağrı ile ilgili Bilgi Formu.....	72
Ek 3. Ağrı ile ilgili Uygulama Formu	73
Ek 4. Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Anketi	75
Ek 5. Ölçek İzin Formu.....	78
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	79
Ek 7. Etik Kurul Onay Formu	81
ÖZGEÇMİŞ.....	82

Simgeler Kısaltmalar Dizini

BAT: Burford Ağrı Termometresi

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

FTR: Fizik Tedavi Rehabilitasyon

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

HKA: Hasta Kontrollü Analjezi

IASP: International Association for the Study of Pain/ Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği

KKT: Kapı Kontrol Teorisi

NSAİİ: Non Steroid antiinflamatuvar ilaçlar

SSS: Santral Sinir Sistemi

TENS: Transkütanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu

VAS: Görsel Analog Skala

Tablolar Dizini

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=196).....	37
Tablo 2: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Durumlarının Dağılımı ..	39
Tablo 3: Hemşirelerin Hastanın Ağrısı ile İlgili Yaşadığı Etik İkilemlerin Önem Sırasına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Gereksinimi Duyduğu En Önemli Üç Konunun Önem Sırasına Göre Dağılımı	42
Tablo 5: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı (N=196)	43
Tablo 6: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Uygulamalarının Dağılımı (n=196)	45
Tablo 7: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Doğru Bildikleri İfade Sayısının Dağılımı	47
Tablo 8: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarının Dağılımı	48
Tablo 9: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarının Dağılımı	51

Şekiller Dizini

Şekil 1: Yüz İfadeleri Ölçeği.....	16
Şekil 2: Sayısal Ölçek.....	17
Şekil 3: Yaş ile Ağrı Toplam Bilgi Puanı Korelasyonu.....	50



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı; toplumun büyük bir bölümünü ilgilendiren bireyin yaşam kalitesini, psiko-sosyal durumunu etkileyen, bir grup hastalıkla birlikte görülen kişisel bir durumdur (Twycross 2002, Swann 2010). Günümüzde sağlık bilimlerindeki büyük ilerlemelere rağmen devam etmekte olan ağrı hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönlendiren en önemli belirtilerin başında gelmektedir (Aslan 2005). Özellikle yaşamı tehdit eden hastalıklarda hasta tarafından daha yoğun sosyal ve mental ağrı deneyimlenmektedir. Hastanın ağrı tedavisindeki yetersizliğinin en yaygın görülen nedenlerinden biri yeterli semptomatik rahatlamanın sağlanamamasıdır (Dihle et al. 2006, Woldehaimanot et al. 2014). Bireyin ağrı davranışı ya da ağrıya karşı olan cevabı, kişinin önceki yaşam biçimi, çevresi, kültür düzeyi, eğitimi ve cinsiyeti gibi birçok etmene bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (Rahman 2005, Aslan 2007). Ağrı, her bir birey de çok farklı nitelikte ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve bireyler yaşamları boyunca edindiği bu deneyimlerle ağrıyı algırlar (Yılmaz ve Akyol 2009). Ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, düşünce ve davranışlarını negatif yönde etkileyen, bir yandan da ağrıyı durdurmak için değişik aktivitelere yönelten, davranışsal tepkilere sebep olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (Aslan ve Badır 2005).

Etkili ağrı yönetimi için kişinin ağrı ve ağrı tedavisi hakkında yoğun bilgiye sahip olması gerekir (Woldehaimanot et al. 2014). Araştırma sonuçları hemşirelerin ağrı yönetimi hakkında bilgileri, inançları ve davranışlarının hastanın bakım ve tedavisini önemli derecede etkilediğini göstermektedir (Gordon et al 2002). Hastanın ağrı izlemi hemşirenin takibinde olduğu için, hemşirelerin ağrı mekanizmaları, kontrolü, takibi ve değerlendirilmesi konusunda yeterli bilgi, uygulama ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir (Twycross 2002, Pirbudak ve ark. 2008).

Bu nedenle etkili bir ağrı yönetimi için ağrının hemşireler tarafından iyi bilinmesi ve tanımlanması gerekir ki bu da klinik karar verme yeteneğinin geliştirilmesine bağlıdır (Van Niekerk and Martin 2001).

Klinik karar verme, hastanın konforu ve rahatlığı açısından seçenekler arasında en iyisini belirleme olarak tanımlanmaktadır ve hemşirelik uygulamalarında önemli bir yere sahiptir (Banning 2008). Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgileri ve hastanın durumunu değerlendirmede pozitif tutum geliştirmeleri, bireyin rahatsızlığını azaltmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Woldehaimanot et al. 2014). Buna bağlı olarak hemşireler ağrı yönetiminde ağrının şiddeti, süresi, düzeyi ve analjeziğe olan ihtiyaç konusunda karar vermek zorunda kalmaktadırlar. Ancak Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hemşirelerin ağrı yönetimi ve ağrı problemleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığı kararlarının hastaların o anki durumunu tanılamaktan çok, kendi tutum ve algılarından oluştuğu belirtilmiştir (Özer ve ark. 2006). Etkin bir şekilde ağrı yönetiminin uygulanabilmesinde bilgi ve iletişim eksikleri, kanıta dayalı uygulamalarda karşılaşılan zorluklar gibi olumsuz faktörler modern sağlık bakımı ortamlarında tartışılmaktadır (Taylor and Stanbury 2009, Alpar 2010). Ağrının oluşumuna ve ortadan kaldırılmasına ilişkin bilgi kullanımındaki yetersizlikler sonucu yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemlerinin etkin şekilde kullanılmaması, opioid kullanımında bağımlılık ve yan etkilerinden kaçınılması, yasal güçlük yaşama korkusu nedeniyle ilaç dozunun uygun şekilde ayarlanmaması, ağrının yeterli ve belirli aralıklarla değerlendirilip kaydedilmemesi, hastanın ifade ettiği ağrıya inanılmaması, ağrının kaynağının belirlenmemesi, ağrının istenilen düzeyde değerlendirilememesine ve hastanın ağrısının önlenememesine neden olmaktadır. Diğer nedenler arasında da ağrının hastanelerde hastalığın ve ya geçirilen operasyonun normal seyri gibi düşünülmesi, ağrı kontrolü için ekip birliğinin sağlanamaması, ağrının sağlık profesyonellerine geç bildirilmesi ve zamanında müdahale edilememesi sayılabilmektedir (Büyükyılmaz 2005, Taylor and Stanbury 2009).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, uygulama ve klinik karar verme durumlarını, bunu etkileyen etmenleri, ilaç ve ilaç dışı yöntemlerle ilgili bilgi ve kullanım düzeylerini ve ağrı ile ilgili uygulamalarını belirlemektir. Aynı zamanda ağrı ile ilgili uygulamaların öneminin anlaşılması ve konu ile ilgili yapılacak çalışmalara katkı sağlaması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Avrupa dillerinde ağrı karşılığında kullanılan Fransızca ‘peine’, İngilizce ‘pain’ kelimesidir. Eski Yunanca kökenli olan ve ceza anlamına gelen ‘poine’ den İngilizce’ ye geçmiştir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyimdir (IASP 2016). Fakat birçok insan fizyopatolojik değişiklik olmadan ve doku hasarı gelişmeden de ağrı deneyimlediğini ifade etmektedir (Dikmen 2013). Ağrı, sadece onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilen, hasarın yoğunluğu, yeri ve tipine göre değişiklik gösteren, karmaşık bir durumdur (Tel 2010). Mc Caffery göre ise; “hastanın söylediği şey” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlar ağrının subjektif yapısını içermektedir. O halde ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır şeklinde ifade edilebilir (Dikmen 2013). Farklı nedenlerle ortaya çıkan ağrıya her bireyin tepkisi birbirinden farklıdır ve bireyin ağrı yaşama durumu farklılık gösterdiği için ağrıya yönelik girişimlerde karmaşık olabilir. Ağrının giderilmesi ya da şiddetinin azaltılmasına yönelik uygulamaların başarısı; sağlık ekibi üyelerinin ağrıyı tanımlaması, değerlendirmesi ve ağrının giderilmesine yönelik uygulamalar hakkındaki bilgisi, profesyonel beceri ve uygulamalarıyla yakından ilişkilidir (Tel 2010).

2.1.1. Ağrıya İlişkin Kavramlar

Ağrı bireysel bir deneyim olduğu için ifade ederken kullanılan kavramlarda farklılık gösterir. Hemşirelerin de ağrı algısını anlayabilmesi için bu ifadeleri bilmesi ve hastanın ne ifade etmeye çalıştığını anlaması gerekir (Dikmen 2013).

Ağrı eşiği; kişiye verilen uyarının ağrı oluşturduğu an veya bireyin ağrı duyduğu en düşük uyarın şiddeti olarak tanımlanmaktadır. Ağrı eşiği bireye, uyarın şiddetine ve ağrı tipine göre değişiklik gösterir.

Korku, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete ağrı eşiğini azaltırken, uyku, dinlenme, dışa dönüklük, analjezik ve antidepresanlar ağrı eşiğini yükseltmektedir (Eti Aslan 2006, Dikmen 2013).

Ağrı toleransı; bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddeti olarak tanımlanmaktadır. Bireysel bir kavram olduğu için yaş, cinsiyet ve kültürel yapıya göre değişiklik gösterebilir (Eti Aslan 2006).

Ağrı davranışı; ağrı yaşayan bireyler çevresinde ki insanlarla iletişim kurmaya çalışır ve yüz ifadesinde değişiklik, vücut pozisyonunda ki değişiklikler ve ağrıyan yeri ovalama gibi davranışlarla ağrılarını ifade etmeye çalışırlar (Eti Aslan 2006).

Acı; ağrı, tedirginlik, korku, kayıp, stres ve diğer psikolojik durumlarda ortaya çıkan olumsuz bir yanıtıdır. Acı olayı kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğü bozulduğunda ortaya çıkmaktadır (Rahman and Beattie 2005).

2.2. Ağrının Algılanması

Ağrı duyusunu taşıyan reseptörler nosiseptör olarak adlandırılır ve nosisepsiyon da ağrı anlamını taşımaktadır. Ağrı algısının başlanma noktası primer afferent nosiseptörlerdir. Ağrılı uyarın eşik değere ulaştığında, ağrı nöronlarının aktivasyonu başlar (Tel 2010, Dikmen 2013). Periferde duyulan ağrıya hassas nosiseptörlerin (özelleşmiş sinir uçları) aktivasyonu veya zedelenmiş dokudan salınan mediyatörlerin, medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere iletilme aşamaları ile gerçekleşir (Aydın 2002, Ertuğrul 2012). Ağrının algılanması sonucunda vücut otonom (endokrin vb.) ve istemli (ağlama v.b.) uyarılar vermeye başlar (Yava 2004).

Ağrının algılanması 4 aşamada gerçekleşir;

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüşme aşamasıdır.

2. Ağrının iletilmesi (Transmisyon): Uyarılan yapılardaki bilginin santral sinir sistemine iletilmesidir. Transmisyonda nöral yolaklar (Dikmen 2013).;

a. Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletilmesi

b. Uyarının spinal kordda, assendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi

c. Talamokortikal projeksiyon olmak üzere 3 bileşenden oluşur (Aydın 2002, Dikmen 2013).

3. Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Transmisyon iletinin inen nöral yollar ile azaltılmasıdır (Dikmen 2013).

4. Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireyin deneyimleri ve psikolojik etkileşimi sonrasında gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır (Aydın 2002). Birçok kişi, doku harabiyeti ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu ifade eder. Hasta, bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa, hemşire de bunu ağrı olarak kabul etmelidir (Dikmen 2013). IASP (International Association for the Study of Pain/ Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği) sınıflandırma komitesi, ağrının sadece duyu yollarındaki uyarılma ve duyu reseptörleri ile ortaya çıkmadığını ifade etmekte, hemen her zaman psikolojik bileşenlerin de eşlik ettiğini belirtmektedir (Kutsal ve ark. 2005, Dikmen 2013).

2.3. Ağrı Teorileri

Ağrı algısının karmaşık doğasını açıklamaya çalışan teorilerin 1880'li yıllarda geliştirilmeye başlandığı bilinmekte olup ağrı mekanizmasını anlatan kapı kontrol ve endorfin teorisi günümüzde en çok kabul edilen teorilerdendir (Summers 2000).

2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall'un kapı kontrol teorisini ileri sürmeleri ile birlikte ağrı nörofizyolojisinde önemli bir gelişme yaşanmıştır. Bu teori ile birlikte merkezi sinir sisteminin ağrı sürecinde ki rolünün önemi artmıştır.

Ağrının şiddeti ve varlığı nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır (Summers 2000, Dikmen 2013). KKT' nin üç varsayımı vardır.

Bu teorinin üç varsayımı şunlardır;

a) Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.

b) Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder.

c) Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır. Kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (Dikmen 2013).

Melzack ve Wall ince liflerin kapı hücrelerini inhibe ettiğini ve kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmüştür. Uyarı uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve ince lifler baskın çıkmaktadır. Böylelikle kapı açılmakta ve akım artmaktadır (Aydın 2002, Tel 2010, Aslan 2011).

Bu teorinin ağrının giderilmesinde katkı sağlayan üç yönü şöyledir;

a) Deriye dokunma uyarısı ağrıyı giderebilir. Masaj, soğuk/sıcak uygulama, transkütanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS) ve akupunktur gibi deri uyarıları bu teorinin örnekleridir (Tel 2010).

b) Normal ya da aşırı duygusal girdi ağrıyı giderebilir. Kişi yeterli ya da aşırı duygusal girdi alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini baskılayarak kapıyı kapatır, eğer duygusal girdi az ise ağrı uyarıları baskılanmaz. Dikkati başka yöne çekme ve hayal kurma gibi uygulamaların iyi planlanması ağrının kontrol altına alınmasını sağlayabilir (Dikmen 2013).

c) Ağrının nedeni konusunda doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusunun sağlanması, anksiyete veya depresyonda azalma ağrı toleransını artırır. Ağrı ile ilgili geçmişte yaşanan deneyimler bireyin o anda ağrısına vereceği yanıtı etkileyebilir (Dikmen 2013).

2.3.2. Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmalar)

Vücudun kendisinin salgıladığı, opioidlere benzer maddelere “Endorfin” adı verilmiştir. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin bileşimi olup, içinde morfin olan anlamına gelmektedir. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini durdurmak, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için spinal kord ve beyinde ki opioid reseptörlerde tutulurlar (Tel 2010). Endorfin azaltan durumlar; uzun süreli devam eden ağrı, tekrarlayan stres, alkol ya da morfinin uzun süre kullanımıdır. Endorfini arttıran durumlar ise, hafif ağrı, az miktarda stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, akupunkturun bazı tipleri, TENS uygulamaları ve cinsel aktivite olduğu belirtilmiştir (Özbek 2004, Tel 2010).

2.4. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı değişik parametrelere göre sınıflamak ve değerlendirmek mümkündür. Ağrı, etiyojisine lokalizasyonuna ve süresine göre sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmalar ağrıya yaklaşımda büyük kolaylık sağlamakta ve ağrının değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır (Aydın 2002).

2.4.1. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması:

a) Akut Ağrı: Vücut dokularında oluşan önemli zedelenmeden ve lokal doku hasarı oluşan bölgedeki ağrı reseptörleri alıcılarının aktivasyonundan kaynaklanır (Aydın 2002). Üç aydan kısa süren, başlangıcı şiddetli ve ani olan, yara iyileşme süreci ile ortadan kaybolan bir belirtidir (Eti Aslan 2011). Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığının göstergesidir. Neden olan etken ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın bir bağlantı vardır. Akut ağrının nedenleri arasında, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve doku enflamasyonu sayılabilir. Postoperatif ağrı akut ağrının en iyi örneğidir. Akut ağrı, üzerinden 3–6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özelliklerini gösterir (Aydın 2002, Aslan 2011).

b) Kronik Ağrı: Genellikle İyileşme için gereken süreden daha uzun süre devam eden, altı ayı geçen, ruhsal etkenlerin ve ağrı sonrası yaşam biçiminin önemli derecede etkilendiği ağrılardır (Kara ve Abay 2000). Ağrıyı yaşayan birey için artık belirti olmaktan çıkıp, ağrı nedeniyle vücutta oluşan değişik davranışlarla sendrom haline gelir (Eti Aslan 2011). Genellikle nosiseptif özellikte olup uyarıcı etkisi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini düşürüp, kişilerin anormal davranışlar sergilemesine neden olan, psikolojik etkenlerin de rol oynadığı karmaşık bir tablodur. Akut ağrıdaki kadar otonomik cevaplar görülmez. Bu tip ağrılarda sempatik tonüs artışı ve nöroendokrin fonksiyon artışı belirgindir (Aydın 2002).

Kronik ağrılı bireyler ortak bir dil kullanmaya hazırdır ve ağrıyı; gerginlik, korku, otonomik huzursuzluk olarak tanımlamaktadırlar. Kronik ağrı benlik saygısında da azalmaya neden olmaktadır (Tütüncü ve Günay 2011). Kronik ağrıya bağlı olarak hastalarda; halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları, libido ve seksüel aktivitede azalma, iştahsızlık ve kilo kaybı, kabızlık, psikomotor bozukluklar, hareket kısıtlılığına bağlı eklem bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

En sık görülen kronik ağrılar, baş ağrısı, bel ağrısı, osteoartrit ve romatoid artrite bağlı hastalıklardır (Yorulmaz 2012).

2.4.2. Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması:

a) Nosiseptif Ağrılar: Sinir sisteminin dışında tüm organ ve dokulara dağılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)'ne iletdikten sonra ağrı olarak algılanan ağrı tipidir (Kutsal ve ark.2005, Erdine 2007). Deri, kas, iç organlar, bağ dokusu doku veya organlarda bulunan algılayıcıların uyarılması ile oluştuğu için organ veya dokunun lokal olarak rahatsızlığından oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır (Dikmen 2013).

b) Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrılar periferik veya santral sinir sisteminin disfonksiyonu veya primer lezyonu sonucu oluşan ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Nevralji, üremik, diyabetik, ve AIDS ile ilişkili periferik nöropatiler nöropatik ağrı olarak değerlendirilmemektedir (Melek ve ark. 2005). Nöropatik ağrı, organizma için tehdit oluşturan tehlikeleri haber vererek organizmayı korumaya yönelik nosiseptif ağrıdan farklıdır, sağlıklı normal primer afferentlerin uyarılmasıyla ortaya çıkan nöral bir disfonksiyon bulgusudur (Ay ve Evcik 2008).

c) Deafferentasyon Ağrısı: Periferik ve merkezi sinir sistemi yaralanma veya lezyonlara bağlı olarak somatosensoriyal uyarıların merkezi sinir sistemine iletiminin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrılardır (Dikmen 2013).

d) Reaktif Ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak oluşur. Miyofasyal ağrı örnek gösterilebilir (Dikmen 2013).

e) Psikosomatik Ağrı: depresyon ve anksiyete gibi psikososyal ve psişik sorunların arttığı durumlarda ağrı olarak tanımlanan algılardır. Somatizasyon ve hipokondriazis bu tip ağrıya örnek verilebilir (Dikmen 2013, Melek ve ark. 2005).

2.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması:

a) Somatik Ağrı: Kaynağı somatik sinirler olan, sinir uçlarının tahribi ya da uyarısı sonucu oluşan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır. Bu ağrı tipleri analjeziklere iyi cevap verirler (Tel 2010).

b) Visseral Ağrı: Kaynağı iç organlar olan ve oradaki ağrı reseptörlerinin uyarılması sonucu oluşan ağrıdır. Ağrı nedenleri arasında kimyasal iritanlar, aşırı kasılmalar, organların ani gerilmesi ve kan akımının azalması sayılabilir. Visseral ağrı yaygın, lokalizasyonu güçtür, yansıyan tipte olabilir. Kan basıncı ve nabız sayısında değişme, kas rijiditesi ve hiperestezi (uyarıya karşı aşırı duyarlılık) ile birlikte gözlemlenir (Aydın 2011).

c) Sempatik Ağrılar: Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile ortaya çıkan damarsal kökenli, yanıcı tipteki ağrılardır. Ağrı algısının oluştuğu bölgede solukluk, soğukluk ve trofik değişikliklerle kendini gösterir. Kompleks rejyonel ağrı sendromu bu ağrıya örnek olarak gösterilebilir (Kutsal ve ark. 2005).

d) Periferik Ağrılar: Kaslar, tendonlar veya periferik sinirleri köken alabilir. Spinal kord hasarına bağlı oluşan ağrılar periferik ağrıya örnek verilebilir (Aydın 2002).

2.5. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler

Ağrı algısını etkileyen faktörlerin bilinmesi, ağrının nedenlerinin belirlenmesi, ağrının tanımlanması ve ağrıyı önlemede etkili olacak yöntemlerin seçilip belirlenmesinde önemli bir role sahiptir.

a) Yaş: Ağrıyı etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir. Yaş gruplarına özel gelişimsel farklılıklar ağrı deneyimine karşı oluşan tepkileri etkiler. Özellikle çocuk ve yaşlılarda yaş, ağrı algısını etkileyen en önemli değişkendir. Çocuklar ağrının şiddetini tam ifade edemedikleri için tam anlamıyla tanımlayamayabilirler, yaşlı yetişkinlerde bilinmeyen sonuçlardan korktukları için ağrıyı inkar edebilir ve ölüm, hastalık gibi korkular nedeniyle ağrının şiddeti ile ilgili doğru bilgi vermeyebilirler (Tel 2010, Ayaz 2011).

b) Cinsiyet: Ağrı davranışını etkileyen diğer bir faktördür. Ağrı toleransının erkeklerde daha yüksek olduğu, cinsler arasındaki bu farkın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı ve yüksek ağrı toleransının takdir gördüğü bilinmektedir (Ayaz 2011). Bu nedenle ağrıyı erkeklerin kadınlardan daha iyi tolere etmesi beklenir.

Bendelow (1993), kadınların ağrıları olduğunda erkeklere göre daha erken analjezik talep ettikleri, fakat tek dozla daha uzun süre yetindikleri buna karşın erkeklerin analjezik kullanım miktarının fazla olduğunu belirlemiştir (Kuğuoğlu Sema 2006).

c) Kültür: Bireyin ağrıya tepkilerini, ağrı deneyimlerini ve ağrıyı ifade etme biçimlerini etkiler (Tel 2010). Bazı kültürler ağrı çeken bir bireyin kendisini ifade edip ağrıya ilişkin duygularını açıkça göstermesini teşvik ederken, bazı kültürler de duygu ve davranışların açıkça gösterilip, ifade edilmesi hoş karşılanmaz (Kuğuoğlu Sema 2006).

d) Anksiyete: Anksiyete ağrı algısının, ağrı algısı da anksiyetenin artmasına neden olmaktadır. Anksiyete esnasında endorfin salınımının artması ağrı algısını etkiler.

Emosyonel yönden sağlıklı bireylerin ağrıyı daha iyi tolere ettiği, emosyonel yönden sağlıklı olmayan bireylerin ise ağrıyı daha fazla hissettikleri belirtilmektedir (Tel 2010).

e) Yorgunluk: Yorgunluk ağrının daha şiddetli algılanmasına neden olmakta ve bireyin ağrı ile baş etme yöntemlerini sınırlandırmaktadır (Tel 2010).

f) Sağlık Profesyonellerinin Etnik Geçmişi: Sağlık profesyonellerinin etnik ve kültürel geçmişi hastalar ile farklılık gösterebilir. Sağlık ekibi üyeleri belli hastalıkların, cerrahi durumların ya da travmaların daha ağırlı olduğunu düşünebilir ve bu düşüncesine göre analjezik uygulayabilir (Kuğuoğlu Sema 2006).

İngiltere’ de duyguları belli etmeme imrenilecek bir kişilik özelliği olarak bilinmekte ve sağlık profesyonelleri hastaların bu özelliklerini övgüyle ve analjezik kullanımıyla ödüllendirmektedir. Bazen de sağlık profesyonelleri hastanın ağrı yakınmalarının abartılı olduğunu düşünerek analjezik uygulamalarını geciktirmektedir (Eti Aslan 2006).

g) Önceki Deneyimler: Her birey daha önce yaşadığı ağrı deneyimlerinden bir öğrenme çıkarır. Bireyin daha önceki deneyimleri sık aralıklarla yaşanan, hafifletilemeyen veya şiddetli ağrı durumunu içeriyor ise birey algıladığı ağrı karşısında korku veya anksiyete yaşayabilir.

Tam tersi olarak birey daha önceki deneyimlerini başarılı bir şekilde geçirmiş, ağrısı şiddetlenmeden giderilmiş ise birey o an yaşadığı ağrı ile daha iyi baş edebilmektedir (Aslan 2005, Tel 2010, Ayaz 2011).

h) Aile ve Sosyal Destek: Birey içinde yaşadığı sosyokültürel ortama göre, ağrıya farklı tepkiler verebilmekte ve farklı bir bakış açısı kazanabilmektedir. Birey ağrı yaşadığı sırada destek ve korunma amaçlı aileye daha fazla bağlanabilir. Ailenin kişinin yanında olmaması ise ağrı deneyimini daha stresli ve baş edilemez hale getirebilir (Tel 2010).

2.6. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının en kolay değerlendirme şekli hasta ile iletişime geçip ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak birçok nedenden dolayı hasta ağrısını ifade edemeyebilir. Bu gibi durumlarda hastanın yakınlarının ağrı bildirimini alınır, hastanın ağrı davranışları (yüz buruşturma, inleme ve beden hareketleri) gözlemlenir ve fizyolojik ağrı belirtileri (nabız, solunum ve kan basıncındaki değişiklikler) izlenir (Eti Aslan 2006, Tel 2010).

a) Gözlem

Özellikle sözel açıklama da bulunamayan multipl travmalı, anestezi alan hastalar ve konuşma fonksiyonu olmayan ya da geçici olarak kaybetmiş olan hastalarda ağrı belirlemede etkili bir yöntemdir (Dikmen 2013).

b) Öykü Alma

Ağrılı hastanın öyküsü alındığında ağrının süresi, sıklığı, yeri, yayılımı, niteliği, şiddeti, etkileyen faktörler, daha önceki deneyimleri ve uygulanan tedavi yöntemleri sorulmalıdır. Ayrıca psikolojik ve fiziksel sağlığı etkileyen aile öyküsü de alınıp değerlendirilmelidir (Dikmen 2013).

c) Fizik Muayene

Genel vücut muayenesi yapılarak ağrıya olan yanıtları gözlemlenir. Ağrının fizyolojik belirtileri (nabız, solunum ve kan basıncı değişiklikleri) değerlendirilir. Ayrıca hastanın davranışına yansıyan ağrı bulguları var mı(inleme, kaşlarını çatma) gözlemlenir (Dikmen 2013).

2.6.1. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi

Ağrının değerlendirilmesi, ağrılı hastanın tanısının konulup tedavi planının yapılması için önemli bir basamaktır. Ağrının sadece şiddeti ya da tek bir özelliği değil tüm özellikleri değerlendirilmelidir (Eti Aslan 2002). Ağrı algısının ilk değerlendirilmesinde, hastadan ağrı süresinin ayrıntılı anamnezi alınmalı, anamnezin hasta güvenliğinin korunduğu(sakin, telaşsız) bir ortamda alınmasına dikkat edilmelidir. Anamnez alınırken bireyin kültürel ve yöresel farklılıkları göz önünde bulundurulmalıdır (Aydın 2002, Eti Aslan 2006). Akut ağrısı olan hastada anamnez alınırken hasta genellikle gergindir. Bu nedenle anamnez kısa, öz, net ve objektif olmalıdır.

Kronik ağrılı hastalarda ise ağrının yerinin, şiddetinin, etkeninin, mekanizmasının mutlaka belirtilmesi gerekmektedir (Kutsan ve ark. 2005, Eti Aslan 2006). Anamnezde sorulacak sorular, hastanın kendisini kolay ifade edebileceği, belli bir düzende olmalıdır, kolay ve anlaşılır olmalıdır. Anamnez; temel/varolan şikâyeti, şikâyetin ne zaman başladığını, ağrının lokalizasyonunu (tam olarak ağrılı bölgeyi göstererek), ağrının şiddetini (ölçekler ile), özelliğini (keskin, acı verici, yakıcı, zonklayıcı gibi), arttıran ve azaltan faktörleri ve alternatif tedavileri kapsamalıdır (Erdine 2007). Ağrı değerlendirmesinde kendisini ifade edemeyen ve farklı nedenlerle ağrı bildiriminde güçlük çeken gruplar da vardır.

Bu gruplar;

- Yeni doğanlar
- Psikolojik rahatsızlığı olan hastalar
- Endotrakeal tüpü olan hastalar
- İleri yaşta olan hastalar
- Sağlık bakım üyeleri ile aynı dili kullanmayan hastalar
- Kültürel farklılıklar veya eğitim düzeyi nedeniyle ağrısını ifade etmekte zorluk çeken hastalardır.

Bu gruplarda ki hastalar değerlendirilirken özel durumları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Dikmen 2013). Ağrı algısı olan hastalarda, ağrının olası etkeni ve mekanizması, hastanın ve ailesinin emosyonel durumu, hastanın inançları, hasta ve

ailesinin ağrıya yaklaşımları ağrının değerlendirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Hemşire hastayla ilk karşılaşmasında, hastanın sosyo-kültürel durumuna uygun bir şekilde hastayla iletişim kurması ve güven vermesi, hasta ve hemşire arasında yaşanacak olan tedavi sürecini olumlu yönde etkileyecektir (Kara ve Abay 2000).

2.6.2. Ağrıya Eşlik Eden Semptomların Değerlendirilmesi

Birçok malignitede ağrı ilk bulgu olabileceği için ağrıya neden olan organik bir patolojinin varlığını belirlemek önem kazanmaktadır (Pirbudak ve ark. 2008).

Ağrının özellikleri düşünülen bir tanıyı kesinleştirmeyi kolaylaştırmaktadır (Kara ve Abay 2000, Melek ve ark. 2005). Örneğin, bel ya da bacak ağrısı olan bir hastada aynı zamanda bacakta güç kaybı, uyuşukluk ya da inkontinans olup olmadığı, baş ağrısı olan bir hastada baş ağrısına eşlik eden bulantı-kusmanın olup olmadığının bilinmesi tanı açısından çok önemli bulgulardır (Yazıcı 2003).

2.6.3. Ağrılı Hastanın Psiko-Sosyal Olarak Değerlendirilmesi

Ağrı değerlendirmesi sırasında, ağrının birey için ifade ettiği anlam, bireyin ailesi ile ilişkisi ve ailesinde ağrı algısının anlamı, geçmişteki ağrı deneyimleri, hastanın ağrı ile baş etme durumu, hastanın ağrı kontrolünde kullandığı uygulamaları, beklentileri, hastanın opioid ya da anksiyolitik ilaçlara karşı endişeleri, ruhsal durumundaki değişiklikler ve tedavinin ekonomik yönden etkileri belirlenmelidir (Akdemir ve ark. 2008).

2.7. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

2.7.1. Objektif Gözleme Dayanan Yöntemler:

a) Davranışsal Bulgular:

Ağrıların, davranışsal karşılığını belirleyebilmek için deneysel uyarılar ile araştırmalar planlanıp yapılmakta, ağrılı uyaran sonucu oluşan yüz ifadeleri değerlendirilmektedir. Ağrıya yanıtta yüz ifadelerinin fotoğrafı çekilmekte ve analiz edilerek, objektif değerlendirmeye alınmaktadır. İnleme, ağlama, yüz buruşturma, kaş çatma ve ağrılı uygulamalardan kurtulmak için yapılan girişimler davranışsal bulgulardandır (Güzeldemir 1995, Dikmen 2013).

b) Fizyolojik Bulgular:

- Plazma kortizol ve katekolamin düzeyinde artma,
- Kardiyovasküler parametrelerde değişme,
- Solunumsal parametrelerde değişme.

c) Nörofarmakolojik Bulgular:

Bu bulgular, plazma beta endorfin düzeyi ile zıt bağlantılı ve cilt ısısında değişmeyi ifade eder (Dikmen 2013).

d) Nörolojik Bulgular:

Sinir ileti hızı ve uyarılmış yanıtlardır (Dikmen 2013).

e) Biyokimyasal Bulgular:

Akut dönemdeki ağrı, anksiyete, otonomik ve hormonal karışıklıkların bir arada bulunmasına, serotonin, adrenalin ve noradrenalin düzeylerinde artışa sebep olur. Plazma kortizol ve antidiüretik hormon yükseliş, beyin, kan ve BOS' ta, endojen opioid düzeylerinin değişmesine neden olur (Dikmen 2013).

2.7.2. Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:

Bu yöntemler, ağrının subjektif olarak şiddetini ölçmeye yöneliktir, burada hasta ağrı algısını ifade ederek değerlendirme yapılmaktadır. Fakat ağrısını ifade etmekte güçlük çeken veya değişik inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirme yapılması ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına sebep olacaktır. Bu nedenle gerçekten ağrısını ifade edemeyecek olan hastalar ile ağrısını bildirmek istemeyen bireyler iyi ayırt edilmeli; olası ağrı etkenleri ve hastanın içinde bulunduğu durum göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Eti Aslan 2002, Dikmen 2013).

2.7.2.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler:

Tek boyutlu ölçekler direk ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta tarafından yapmaktadır. Özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Eti Aslan 2006).

- Kategori Ölçekleri (Dikmen 2013).
- Sayısal Ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)
- Burford Ağrı Termometresi (BAT) (Eti Aslan 2011).

• Kategori Ölçekleri

a) Basit Tanımlayıcı Ölçek:

Bu ölçek hastanın durumunu tanımlayıcı en uygun kelimeyi seçmesi esasına dayanmaktadır. Melzack ve Targerson hastanın ağrının şiddetini tanımlamak için hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli veya dayanılmaz ifadelerinden birini kullanmalarını istemişlerdir (Eti Aslan 2011).

b) Yüz İfadeleri Ölçeği:

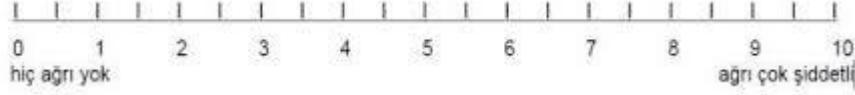
Bu skala görsel analog skala (VAS) ve beş tanımlı skalanın aktif kullanılmadığı durumlarda, özellikle çocuklarda, dil ve mental kapasite yetersizlikleri olan hastalarda kullanılır (Şekil1) (Güzeldemir 1995).



Şekil 1: Yüz İfadeleri Ölçeği

- **Sayısal Ölçekler**

Bireyin ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, ağrının sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu sıfır (0) kabul edilip dayanılmaz ağrı 10–100 düzeyine kadar ulaşmaktadır (Şekil 2) (Eti Aslan 2011, Dikmen 2013).



Şekil 2: Sayısal Ölçek

- **Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)**

10 cm' lik bir cetvelde bir ucunda ağırsızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan bir ölçektir. Hastadan bu cetvel üzerinde ağrısını ifade eden yeri göstermesi ya da işaretlemesi istenir (Özkan 2004, Eti Aslan 2011).

- **Burford Ağrı Termometresi**

Bu ağrı termometresinin kullanımı ülkemizde henüz yaygınlaşmamıştır. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0–1 ağrısızlığı, 2–3 hafif, 4–5 rahatsız edici, 6–7 şiddetli, 8–9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı ifade etmektedir (Eti Aslan 2011).

2.7.2.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçeklerin yetersiz kaldığı ağrının karmaşık yapısının ifade edilmekte zorlanıldığı durumlarda çok boyutlu ölçeklere ihtiyaç duyulmuştur (Eti Aslan 2006). Çok boyutlu ölçekler;

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profilidir (Eti Aslan 2002).

- **McGill Melzack Ağrı Soru Formu:** Bu soru formunda dört tip ölçü bölümler halinde kriter olarak alınır. Bu kriterler;

- Ağrının yeri,
- Ağrının özelliği,
- Ağrının zamanla ilişkisi
- Ağrının şiddetidir (Eti Aslan 2006).

• **West Haven - Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri:** McGill ağrı soru formuna göre daha kısa ve klasik bir alternatif olarak önerilmiş olup daha kısa ve psikometrik yaklaşımlarla (psikolojik ölçümde) daha klasikleşmiş olarak hazırlanmış bir sorgulamadır. Ölçek özellikle kronik ağrı problemlerinde ağrının genel fonksiyonlar üzerine olan etkisini de kapsamaktadır (Eti Aslan 2006, Dikmen 2013).

• **Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı:** Görsel analog skalasının biraz daha detaylı halidir. Hatırlatıcı ağrı değerlendirme kartı ağrı, ağrının giderilmesi, ruh hali ve ağrının şiddetinin hızla değerlendirilmesinde rol oynamaktadır.

• **Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi:** Özellikle kanser hastalarında, ayrıca artrit hastalarında uygulamak üzere Daut ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, hasta tarafından 5–15 dakikada, kolayca doldurulabilmektedir.

• **Ağrı Algılama Profili:** Bu uygulama Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formuna göre daha az psikosomatik ölçüm gereksinimi ile tamamlanan, daha kısa bir yöntemdir (Şahin 2006).

2.7.3. Ağrı Giderilmesinin Ölçülmesi

Ağrının zamanla daha az algılanması ağrının azalması olarak tanımlanabilir. Ağrı azalmasının değerlendirilmesi hastanın daha önceki ağrılarını anımsaması ile gerçekleşir ve bu durum için bazen bireyin günler önceki ağrısını hatırlaması gerekebilir. Ağrı azalması, ağrı şiddetindeki değişiklikleri ifade etmek amacı ile kullanılmamalıdır. Ağrı algısının azalması öncesinde kullanılan herhangi bir ölçekle değerlendirilebilir. (Eti Aslan 2006).

2.8. İlaçlarla Ağrı Yönetimi

2.8.1. Analjezik İlaçlar

Analjezik ilaçlar vücutta oluşan ağrı algısını bilinç durumunu etkilemeden ortadan kaldıran ilaçlardır. Ağrı duyusu ağrı merkezi aracılığıyla algılanmaktadır. Ağrı merkezi periferdeki ağrı reseptörleri hasarının derecesine bağlı olarak uyarılır ve hasar iletilmiş olur. Hasar beyindeki ağrı merkezinde değerlendirilir. Kullanılan ağrı kesiciler merkezi ya da periferik etkili olabilmektedir (Dikmen 2013). Analjezikler, kurallar doğrultusunda uygun zaman ve yöntemle uygulandığında hastaların %85'inde yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında etkilidirler (Dikmen 2013).

Analjezikler kendi içerisinde şu şekilde sınıflandırılırlar;

- Narkotik olmayan analjezikler (non steroid antiinflamatuvar ilaçlar-NSAİİ)
- Narkotik analjezikler

2.8.1.1. Narkotik Olmayan Analjezikler

Narkotik olmayan analjeziklere, ilaçların farmakolojik etki profiline uygun olarak nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ya da antiinflamatuvar analjezikler adı da verilir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar; antipiretik, antiinflamatuvar ve analjezik etkiye sahiptirler. Antiinflamatuvar etkiye sahip olmayanlar narkotik olmayan analjezikler ise parasetamol ve metamizoldur. Nonsteroid antiinflamatuvarların analjezik etkileri narkotik analjeziklere oranla oldukça düşüktür. Antiinflamatuvar etkinlikleri de glukokortikoidlere göre oldukça düşüktür. Ancak ilaç bağımlılığı ve yan etkiler olmadığı için daha çok tercih edilen ağrı kesicilerdir (Dikmen 2013).. Bu grup ilaçların ağrı kesici etkileri büyük ölçüde periferik etkilerine bağlıdır. Periferde kimyasal veya mekanik etkenlerden dolayı sentezi artan prostaglandinlerin sentezini, siklooksijenaz enzimini inhibe ederek engellerler (Kocamanoğlu 2005, Dikmen 2013).

Bu grupta kimyasal yapıları farklı birçok ilaç vardır. Bu ilaçlar;

- Salisilatlar
- Pirazolon türevleri
- Anizin türevleri

- İndol türevleri
- Oksikam fenilalkanoik asit türevleri
- Fenilasetik asit türevleri
- Pirolasetik asit türevleridir (Dikmen 2013).

2.8.1.2. Narkotik Analjezikler

Bu gruptaki ilaçlar haşhaş bitkisinden üretilen morfin ve morfinin sentetik, yarı-sentetik ilaçlardır. Bu ilaçlara opioidler de denilmektedir. Antipiretik ve antiinflamatuvar etkileri yoktur (Dikmen 2013). Özellikle iç organlardan kaynaklanan şiddette ya da orta şiddetli ağrıların önlenmesinde kullanılırlar. Ağrı algısı ile beraber ağrıya karşı oluşan reaksiyonu inhibe ederler (Dikmen 2013). Ağrıyı önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için kullanılan opioidlerin, verilmiş yolu, sıklığı ve dozu belirlenmeli, ağrının özelliği, hastanın genel durumu ve ağrı bildirimini göz önünde bulundurulmalıdır. Solunum depresyonu, öksürük refleksinde baskılanma, kas sertleşmesi, bulantı, kusma, kasılma, terleme, kaşıntı, mide- barsak sistemindeki hareket azlığına bağlı kabızlık, idrar retansiyonu ve bağışıklığın baskılanması gibi yan etkiler görülmektedir. Opioidlerin, tolerans gelişimi ve bağımlılık riski bulunmaktadır. Hemşirelerin opioid kullanımı ve etkileri yönünden yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir

Opioidler etkilerine göre şöyle sınıflandırılabilirler:

- a. Kuvvetli opioidler: Morfin, hidromorfon, metadon, levorfanol, meperidin.
- b. Zayıf opioidler: Propoksifen, kodein, oksikodon, hidrokodon. Opioidler; oral, intramüsküler, subkutan, sublingual, rektal, transdermal intraspinal, intraepidural ve intraventriküler olmak üzere değişik yollardan kullanılabilir (Dikmen 2013).

2.8.1.2.1. Uzun Süreli Opioid Kullanımı Sonucu Görülen Sorunlar

Opioid kullanımının sistemler üzerine istenmeyen birçok sayısız yan etkisi vardır. Uzun dönem opioid tedavisi ile ilişkili doğrudan organ hasarına neden olan bir yan etki varlığından bahsedilmemektedir. Tedaviyi kısıtlamaya neden olan ve en çok korkulan ciddi yan etkisi solunum depresyonudur (Özbek 1999).

Opidlerin sayılabilecek birçok yan etkisi vardır. Bulantı, kusma ve konstipasyon gibi sık görülen ama tolere edilebilen ile uzun süre gözlemle ortaya çıkan bağımlılık, addiksiyon ve tolerans gibi yan etkiler gelişebilmektedir (Özbek 1999).

a) Addiksiyon: Yan etkiler ortaya çıktıktan sonra kompulsif tarzda ilaç kullanımını ve yokluğunda ilacı sağlamak için çaba gerektiren fiziksel, sosyal, ekonomik ve emosyonel zararlar sonuçlanan bir durumdur

b) Tolerans: Hastalığın gidişatıyla bağlantısız olarak aynı oranda analjezik etkiyi elde etmek için gerekli olan doz artışıdır (Du Pen and at. 2007).

c) Fiziksel Bağımlılık: Yoksunluk sendromu olarakta tanımlanmaktadır. Düzenli bir şekilde kullanılan ilacın aniden sonlandırılması sonrası gelişen semptomlardır. Bulantı, tremor, abdominal kramp, miyalji, terleme, titreme ve diyare sık karşılaşılan semptomlardandır (Dikmen 2013).

2.8.2. Adjuvan İlaçlar

Analjezik olarak üretilmedikleri halde, bazı etkileri ile ağrı kontrolünde rol oynayan, analjeziklerin yan etkilerini önleyen ve analjeziklerin etkilerini arttıran ilaçlara adjuvan analjezikler adı verilmektedir (Dikmen 2013). Adjuvan ilaçların terapötik açıdan faydaları, güçlü bir analjezi oluşumuna katkıda bulunmaları ve aynı zamanda birlikte kullanıldıkları majör ilaçların dozlarının düşürülmesine imkân sağlamalarıdır (Kelle 2006). Başlıca adjuvan ilaçlar:

- Trisiklik antidepresan ilaçlar (imipramin, klomipramin)
- Glukokortikoid ilaçlar (deksametazon, prednizolon)
- Antikonvülsan etkili ilaçlar (karbamazepin, fenitoin)
- Ağızdan alınabilen lokal etkili anestezikler (flekainid)
- Antiinflamatuvar etkili analjezikler (aspirin)
- Amfetaminler (dekstroamfetamin, metilfenidat)
- Antihistaminikler (hidroksizin)
- Nöroleptik ilaçlar (olanzapin, pimozid)
- Antiaritmik etkili ilaçlar (lidokain, meksiletin)
- Antispazmodik ilaçlar (diazepam, klonazepam, salbutamol) (Dikmen 2013)

2.8.3. Lokal Anestezikler

Bölgesel anestezi vücudun bir parçasının duyu ve his kaybına bağlı olarak motor aktivitelerde geçici yavaşlama olabileceğinden, hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi zorlaşabilmektedir. Hasta kullanılan analjeziklere bağlı gelişebilecek yan etkiler açısından değerlendirilmelidir. Hemşire uygun ağrı tanınması yapmak için yapılan girişimin ağrı yönetimi üzerindeki etkinliğini, hastanın duyuşal ve motor işlevlerini düzenli olarak izlemeli ve kaydetmelidir (Bilen 2007).

2.8.4. Hasta Kontrollü Analjezi HKA (Pain Controlled Analgesia - PCA)

Ağrı yönetiminde, yaygın kullanılan yöntemlerden birisidir. Hasta kontrollü analjezi (HKA) de birey programlanabilir bir pompa aracılığıyla daha önceden belirlenmiş olan dozu istediği an kendisine sağlayabilmektedir (Dikmen 2013).

Kullanılan bu yöntem ile hasta da ağrının neden olduğu anksiyete azalır, intramüsküler (IM) opioid uygulamasının etkinliği artar ve hastanın ağrı ile baş başa kalma süresi kısılır veya ağrının olumsuz etkileri ortadan kalkmış olur. HKA yöntemi opioid kullanımı 12 saatten uzun sürecek hastalarda önerilmektedir (Rahman 2005). Bu yöntem de önemli olan diğer bir hususta hastanın cihazı nasıl ve ne zaman kullanacağını bilmesidir. Hemşirede bu konuda bilgili, duyarlı olmalı ve hastayı rahat olduğu bir zamanda onu bilgilendirmelidir (Eti Aslan 2011).

2.8.5. Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Analjezik Kullanma

İlkeleri:

- İlaçlar etki ettiği dozda kullanılmalı,
- Analjezik ilaçlar “gerektiğinde” değil “saatinde” uygulanmalı,
- Verilen ilacın dozu, hastanın ihtiyacına göre bireyselleştirilmeli,
- Analjezik ilacın etkisi değerlendirilmeli,
- Analjezik ilaç dozu, ağrının süresine ya da ağrı alışkanlığına göre değil, şiddetine göre ayarlanmalı
- Analjezik ilaçlar ağrı başlamadan önce verilmeli,

- Başlangıçta mutlaka oral yol tercih edilmeli, eğer oral yol ile cevap alınmazsa parantral analjezik ilaçlar başlanmalıdır (Arslan ve Çelebioğlu 2004).

2.9. Ağrı Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler

Analjeziklerin kullanılmadığı/ kullanılmadığı ya da etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda ilaçların etkinliğini arttırmak için nonfarmakolojik yöntemler kullanılır (Dikmen 2013). Ağrının hafifletilmesinde ve giderilmesinde kullanılan bu yöntemler, bireyin aktif rol aldığı uygulamalardır (Tel 2010).

Nonfarmakolojik bu yöntemler;

- Hastada bireysel kontrol hissini arttırır.
- Bireyin güçsüzlük hissini azaltır.
- Fonksiyonel kapasiteyi arttırır.
- Anksiyete ve stresin azalmasını sağlar.
- Ağrı davranışını ve odaklanan ağrı düzeyini azaltır.
- Analjezik ilaçların dozunun azalmasını ve buna bağlı olarak tedavinin yan etkilerinin azalmasını sağlar (Dikmen 2013).

2.9.1. Bilişsel Teknikler:

Ağrının bilişsel yöntemlerle, duyuşsal ve algısal olarak azaltılması planlandığında, öncelikle bireyin ağrıya özğü düşünceleri belirlenir ve bu düşünceler olumsuz ise hastayı pozitif etkileyecek daha olumlu düşüncelerle değiştirilmeye çalışılır (Eti Aslan 2006).

a) Gevşeme: Kolay ve hızlı öğrenilebilen bir tekniktir. Hafif ve ya şiddetli ağrısı olan hastalarda uygulanmamalı, akut ve ya kronik ağrısı olan hastalarda tercih edilmelidir. Gevşeme, iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesini sağlar. Bu teknik ile, oksijen tüketiminde azalma, kalp ve solunum hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deride oluşan direncin artması hedeflenmektedir. Gevşeme yöntemi ağrının azalmasını sağlayarak bireyin ağrıyla baş etme yeteneğini artırır. Kas gerginliğine bağlı oluşan ağrıyı azaltarak anksiyeteninde azalmasını sağlar.

Ayrıca gevşeme tekniği ile hastanın dikkatinin ağrıdan uzaklaşacağı ve bununla endorfin salınımını etkileyeceği için ağrının azalmasına sebep olacağı bilinmektedir (Özveren 2011).

b) Dikkati Başka Yöne Çekme: Dikkati ağrı algısından uzaklaştırarak ağrının daha az hissedilmesi amaçlanır. Bu teknik ile hedeflenen, ağrıya toleransı artırmak ve ağrıya duyarlılığı azaltmaktır. Televizyon izleme, müzik dinleme, kitap okuma, solunum egzersizi bu yönetime örnek verilebilir (Tel 2010).

c) Hipnoz: Ağrının kontrolünde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan hipnoz on dokuzuncu yüzyılda yapılan operasyonlarda analjezi sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını sağlayarak değişen duygu, düşünce, psikolojik durum ve minimale inmiş motor fonksiyonları ile karakterize bir yöntemdir (Uçan Ovayolu 2007).

d) Bilişsel Stratejiler: Bu teknik ile kişinin ağrıya dayanmasını sağlamak, ağrı algısını en alt seviyeye indirmek için bilişsel eğitim yapılır. Yapılan bu eğitim ile tedaviye uyumu negatif etkileyen düşünce, davranış ve inanışların azaltılması planlanır (Dikmen 2013). Ağrıya yoğunlaşması azaldığında bireyde benlik saygısı ve kendini kontrol duygusunda artar. Bu teknikte temel aşamalar: Dikkat, atfetme, kabullenme ve kendini ifade gibi basamaklardan oluşmaktadır (Özveren 2011).

2.9.2. Fiziksel Teknikler:

a) Analjezi Oluşturan Deri Stimülasyonu; ağrıyı hafifletmek ve gidermek amacıyla hastanın derisinin zarar görmeyecek şekilde uyarılması olarak tanımlanır. TENS (Transkütanöz Elektriksel Sinir Uyarısı), sıcak ve soğuk uygulama, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlama / dinlendirme ve masaj ağrıyı gidermek için kullanılan fiziksel yöntemler içerisinde yer almaktadır (Dikmen 2013).

b) TENS: Bir elektro-analjezi tekniği olup cilt yüzeyine yakın sinirlerin elektriksel sinyallerle uyarılması ile gerçekleşir. Yapay olarak oluşturulan bu elektrik uyarısı ile lifler uyarılarak, ağrı iletimi durdurulmaya veya azaltılmaya çalışılır (Dikmen 2013). Ayrıca bir diğer bilgide sinirlerin elektrik yoluyla uyarılması sonucu vücutta doğal halde bulunan ve ağrıyı hafifleten maddeler serbest hale gelir ve ağrının azalmasını sağlar (Turan ve ark.2010).

c) Soğuk Uygulama: Terapötik etki sağlamak için uygulanmaktadır. Sinir lifleri ve sinir reseptörlerinin ısınısını düşürerek deri duyarlılığının azalmasını sağlar. Venöz konstruksiyon oluşturarak kanamayı ve ödemi azaltır ve ağrıyı hafifletir (Arslan ve Çelebioğlu 2004). Soğuk uygulama travmadan sonra 24-48 saat içinde, böcek ısırılmalarında, kanama, kas spazmı, yanık, baş ve diş ağrılarında uygulanır (Özveren 2011). Yapılan soğuk uygulamanın etkinliği, uygulama yöntemine, uygulama süresine, deri altı yağ dokusu kalınlığına, uygulanan yüzeyin genişliğine göre değişiklik gösterebilmektedir (Yagız 2006).

d) Sıcak Uygulama: Yüzeysel ya da derin uygulanabilir. Yüzeysel uygulamalar sıcak kompresler ve parafin uygulanmasını kapsar. Derin uygulamalar ultrason ile üç beş santimetre derinlikteki dokuların sıcaklığının attırılması ile karakterizedir. Sıcak uygulama yöntemi, ısı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı baskılayan refleksleri harekete geçirir ve vazodilatasyon etkisi oluşturarak ağrıyı azaltır (Dikmen 2013).

e) Deriye Mentol Uygulama: Mentol hem ferahlatıcı, hem de ağrıyı hafifletmek için kullanılan lokal olarak uygulanarak eksternal analjezi sağlayan bir uygulama yöntemidir. Eksternal analjezide amaç; analjeziğin deriden absorpsiyonu değil sıcaklık, soğukluk gibi bir deri duyusu oluşturarak rahatlığı sağlamak ve ağrıyı azaltmaktır (Özveren 2011).

f) Egzersiz: Aktif pasif hareketleri, yatak hareketlerini ve ambulasyonu içerir. Egzersiz hareketi ve buna bağlı olarak kan akımını artırır, kas spazmı ve kontraktürleri engelleyerek ağrının hafiflemesini sağlar (Dikmen 2013).

g) Pozisyon Verme: Sonradan ağrının önlenmesini ve akut ağrıların azalmasını sağlar. Yastık ve özel gereçlerle yapılabilen bu uygulama kas kasılmasını ve spazmını önleyerek kan dolaşımını hızlandırır (Arslan ve Çelebioğlu 2004).

h) Hareketi Kısıtlama/ Dinlendirme: Kesin yatak istirahati gereken ve traksiyon uygulanan hastalarda kullanılır. Ödem oluşumunu da engellediği için ağrının azalmasını sağlar. Tercihen kırıklarda ve sırt ameliyatlarında uygulanmakta, ancak ağrıyı kontrol edebilmek için tek başına kullanılmamaktadır (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Kılıç ve Öztunç 2012).

j) Teropötik Dokunma: Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak, tedavi eden kişinin iyileştirici etkisini hastaya aktarma yöntemidir (Dikmen 2013).

k) Masaj: Fiziksel durum üzerinde teröpatik etkiye sahiptir. Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılır ve kapı kontrol teorisine göre “ağrı kapısını kapat” mesajı iletilerek ağrının algısı engellenir. Bir diğer etkisi ise morfine benzer maddelerin salınımını sağlayarak ağrıyı hafifletmesidir (Dikmen 2013). Masaj uygulamasında amaç; kan dolaşımını hızlandırarak dokularda iritan maddelerin birikimini önlemek ve kas gevşemesi sağlayarak ağrıyı azaltmaktır (Snyder 2003, Aslan 2006).

2.9.3. Diğer uygulamalar

a) Akupunktur: Kapı-kontrol mekanizmasına benzer şekilde çalışır ve afferent liflerin uyarılması ile karakterizedir. İkincil olarak non-farmakolojik etki gösterir. Akupunktur santral sinir sisteminde uyarılmaya neden olarak çeşitli yerlerdeki endorfin seviyesinin artmasını sağlar (Kalyon 2007, Cabioğlu 2008).

b) Aromaterapi: Aromaterapide, bitkilerin hoş kokulu bölümlerinden elde edilen esansiyel yağlar kullanılır. Yağlar inhalasyonla, deriye masaj yaparak veya internal (oral, vajinal veya rektal) yolla uygulanabilir (Dikmen 2013).

c) Meditasyon: Meditasyon rahat bir şekilde oturup, kendi kendine odaklanma ile karakterizedir ve beyin üzerinde hâkimiyet kurma esasına dayanır. Uygulama sırasında herhangi bir ekipmana gerek yoktur. Meditasyon ile ağrı kontrolünde, savunma sistemi güçlendirilerek, melatonin salgısının artması sağlanır (Eti Aslan 2006).

d) Refleksoloji: Refleksoloji, ayaklarda bedenin tüm bölgelerine, karşılık gelen refleks noktaları olduğu ve bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanır. Bu refleks noktalarına el ve parmak teknikleriyle uygulanan baskı, stresin azalmasında etkilidir. Bu yöntem ile bedende fizyolojik değişiklikler gelişir ve ağrı algılamasının azalması sağlanır (Yıldırım ve ark. 2006).

e) **Müzik Terapisi:** Müzik, bireyin kalp hızının, kan basıncının, solunum sayısının düşmesini sağlamakta ve hastanın dikkatini başka yöne çekerek ağrı algısının azalmasını ve kronik ağrılarda yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (Dikmen 2013). Hatem ve arkadaşları (2006) tarafından pediatrik kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ile yapılan çalışmada, hastalara 30 dakika klasik müzik dinlettirilmiş, hastaların ağrı ve anksiyetesinin azaldığı saptanmıştır. Chlan ve ark. (2007) tarafından yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyona bağlı olan hastalarda, müzik terapinin hastaların ağrı ve anksiyete yanıtına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; hastaların sevdiği klasik müzik eserleri 60 dakika süre ile dinlettirilmiştir ve müzik terapinin hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı saptanmıştır.

2.10. Ağrı Tedavisinde Cerrahi Yöntem

Bu yöntem merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerden bloke edilmesi esasına dayanır. Ancak ağrı kontrolünde bu yöntem hem cerrahi girişimlerin sınırlı bir alanda etkili olması, hem de cerrahi girişim sonrası ortaya çıkan bazı yan etkilerin ağrı kadar önemli sorunlar oluşturabileceği düşünülerek en son tercih edilmelidir (Melek ve ark. 2005, Dikmen 2013).

2.11. Ağrıda Hemşirelik Bakımı

Ağrı; yaşam tarzını, hayat standartlarını ve psikolojik sağlığı etkileyebilen stresli bir olaydır. Acı ve ağrı hissi, kontrol kaybına ve bakım kalitesinin düşmesine neden olur. Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim, trafik kazası, yüksekten düşme, çeşitli kronik hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınmaları ile hastanelere başvurmaktadır. Ağrı giderilmediği zaman bireyin yaşam kalitesini azaltmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta, mortalite oranını arttırmaktadır (Eti Aslan ve Bahadır 2005). Hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü vazgeçilmezdir. Hemşire hasta ile daha uzun süre beraber olması, hastayı daha iyi gözlemleyebilmesi, önceki ağrı deneyimleri nedeniyle ağrı ile baş etme yöntemlerini daha iyi bilmektedir (Çöçelli ve ark. 2008). Etkili bir ağrı yönetiminde; yalnızca fiziksel rahatsızlığı ortadan kaldırmak değil, aynı zamanda erken ayağa kalkmayı, erken taburculuğu, erken işe dönmeyi, hastanede kalma süresinin azalmasını ve bakım maliyetinin azalması amaçlanmaktadır. Ağrıya yaklaşımda hemşire ve hastanın bireysel özellikleri iletişimlerinde önemli bir role sahiptir (Kılıç ve Öztunç 2012).

Hemşire, hastaya müdahale de kendini kontrol etmeli kendi ağrı inançlarının hasta bakımını etkilemesine izin vermemelidir. Ay ve Alpar (2010) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrı yönetimi, ilaç bilgisi ve hastaların ağrısını algılama konusunda yeterli olmadıklarını belirtmişlerdir.

2.11.1. Akut Ağrıda Hemşirelik Girişimleri

Acil servislerde ağrı yol gösterici olarak kabul edilse de, hastanın ağrısının geçirilmesi ve rahatlığının sağlanması gerekmektedir. Çünkü tedavi edilmeyen akut ağrılarda ortaya çıkan nöroendokrin yanıt sonucunda sodyum ve su retansiyonu, hiperglisemi ve negatif nitrojen dengesi; sempatik hiperaktivasyon sonucu taşikardi, periferik vasküler dirençte artış, kalp yükünde ve oksijen tüketimindeki artış ve buna bağlı olarak da miyokarda iskemi ve enfarktüs riski artar. Akut ağrının etkili bir şekilde giderilmesi de hastanede kalış süresini kısaltır, morbidite ve mortaliteyi azaltır ve hasta memnuniyetini artırır (Eti Aslan ve ark. 2008).

Akut ağrı esnasında uygulanabilecek hemşirelik girişimleri; (Dikmen 2013).

- Biliniyorsa, hastaya ağrının nedenleri ve ne kadar süreceği hakkında kısaca bilgi verilir.
- Tanısal işlemler hakkında detaylı açıklama yapılır.
- Hemşire, kişinin ağrısını ve ağrıya olan tepkisini kabul ettiğini hissettirir.
- Bireylerin, hayal kırıklıklarını, öfke ve korkularını kendi içinde tartışmalarına izin verir.
- Bireye ağrıyı arttıracak (örn; yorgunluk ağrıyı artırır) ve azaltacak (örn: dinlenme) etkenler anlatılır
- Ağrıyı azaltmada etkili olan dikkati başka yöne çekme yöntemi önerilir ve bu yöntem öğretilir (örn; kendi kendine sayı saymak, ritmik olarak nefes almak; müzik dinlemek vb.).
- Gerekli olan non-farmakolojik yöntemler hemşire tarafından uygulanır (masaj, soğuk/sıcak uygulama).

- Reçete edilen analjezik ilaç varsa uygulanır ve 30 dakika sonra ilacın etkinliği değerlendirilir.
- Bağımlılık/alışkanlık (analjeziklere) korkusunu azaltmak için doğru bilgi alması sağlanır.
- Gün boyunca aralıklı dinlenme fırsatları ve geceleri kesintisiz uyku imkânı sağlanır (ağrı az olduğu zaman dilimlerinde kişi kesinlikle dinlenmelidir).
- Aileye yanlış anlamaları önlemek için doğru ve gerekli bilgi verilir.

2.11.2. Kronik Ağrıda Hemşirelik Girişimleri

Kronik ağrı, evrensel bir problemdir ve günümüzde toplumlarda bireylerin psiko-sosyal durumunu ve işlevselliklerini önemli ölçüde bozmaktadır (Berk ve Bahadır 2007). Kronik ağrı; irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, aktivite ve işlevsellikte azalma, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi belirtilere yol açmaktadır. Kronik ağrılı bireylerde, depresyon, anksiyete, kontrol kaybı, korku, sosyal ilişkilerde azalma ve bozulma gibi semptomlar da ortaya çıkabilmektedir (Bahar 2007). Ağrı ile baş edebilmede etkili tekniklerin bilinmesi, ağrılı durumların tedavisi ve ağrı davranışının düzeltilmesi oldukça önemlidir. Kronik ağrı tedavisinde; etkili ve olumlu başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesinin yanı sıra, olumsuz yöntemlerin belirlenerek yok edilmesi, bilişsel yeniden yapılandırma, fizyolojik uyarılmayı azaltmak için gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, ağrı davranışına yönelik çevresel tepkilerin düzeltilmesi, analjezik ve psikoaktif madde kullanımının azaltılarak aktivite düzeyinin artırılması gerekmektedir (Madenci ve ark.2006).

Kronik ağrı ile baş etmede uygulanabilecek hemşirelik girişimleri:

- İlgili etiyolojik ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi,
- Ağrının yeri, şiddeti ve başlangıç zamanının belirlenmesi,
- Ağrı algısını azaltan ya da arttıran faktörlerin değerlendirilmesi,
- Ağrı algısına karşı duygusal tepkilerin (inkâr, anksiyete, öfke) ve baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi,

- Ağrıya neden olan uyaranların belirlenmesi ve bu uyaranların etkinliğinin azaltılması,

- Gereksiz hareketlerden kaçınması hakkında bilgi verilmesi,

- Musküler gerginliğin azaltılmaya çalışılması

- Çevre, ışık, gürültü vb. etkenlerin kontrol altına alınması,

- Ağrı kontrolü ile ilgili açıklayıcı bilgilerin verilmesi,

- Hasta ile görüşülerek hangi günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı arttırdığının ve azalttığının belirlenmesi,

- Ağrıya neden olan etkenin bulunması ve azaltmak için gerekli önlemlerin alınması (masaj, pozisyon değişikliği, ilaç vb.).

- Majör ağrının yanı sıra ağrının artmasına neden olan etkenlerin azaltılması ve önlenmesi için plan yapılması.

- Analjezik ilaç yan etkilerinin giderilmesi,

- Hastaya daha önce ağrısının giderilmesinde etkili olan yöntemler hakkında sorular sorulup, hasta kayıtlarının incelenmesi,

- Hasta ile birlikte planlama yapılması ve hastanın bakıma katılmasının sağlanması. Örn: Pozisyon verirken ne yapması gerektiği öğretilir. Ağrısı olan hastadır, bakım verenler değildir bu hiç bir zaman unutulmamalıdır

- Hasta yakınlarının bakıma katılmasının sağlanması ve uygulamaların birlikte yapılması,

- Noninvazif ağrı giderme önlemlerinin kullanılması sağlanmalıdır (Çuhadır ve Sertbaş 2006, Dikmen 2013).

2.12. Hemşirelikte Klinik Karar Verme

Sağlık hizmetleri kapsamında kaliteli ve güvenli bakımın sunulması için doğru kararların verilmesi gereklidir. Bu süreçte hemşirelerin en önemli sorumluluğu, hastanın bakımını yönetmek için doğru klinik kararlar vermesidir.

Doğru ve zamanında klinik karar verme, hemşirelik bakım kalitesini yükseltebilmek ve topluma güvenli bakım sunabilmek için önemlidir. Günümüzde hemşirelik uygulamaları daha karmaşık hale gelmiştir ve buna bağlı olarakta sağlık bakım sisteminde verimlilik gereksinimi artmış ve hemşirelerin doğru karar vermeleri daha da zorlaşmıştır.

Klinik karar verme, hemşirenin hastanın durumunu gözlemlemesini, gözlemlenen verileri değerlendirmesini, neden olan etkenleri araştırmasını ve alternatif hipotezleri oluşturmasını, hipotezler içerisinde olası bir faktörün belirlenip, hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını kapsar (Sucu ve ark. 2012).

Problem çözme, hemşirenin bilgi ve becerilerinin çeşitli alanlarda kullanabilmesini gerektirir. Hemşirelikte problem çözme sürecinin kullanımı, hemşirelerin sadece “uygulayıcılar” olarak değil, aynı zamanda “düşünen” kişiler olarak benimsenmesi açısından oldukça önemlidir (Taşçı 2005).

Hemşirenin karar verici olarak teorik ve uygulama bilgisinin olması, farklı yöntemlere ve yeni bilgilere ulaşması gerekir. Bu nedenle hemşirenin doğru karar verme becerisi, hasta bakım sonuçlarının iyileştirilip geliştirilmesi ve profesyonel hemşirelik uygulamalarının geleceği için önemli bir role sahiptir (Sucu ve ark. 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, uygulama ve klinik karar verme durumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İzmir ilinde hizmet veren Şifa Üniversitesi Bornova Uygulama ve Araştırma Hastanesi (142 yatak), Şifa Üniversitesi Buca Hastanesi (23 yatak), Şifa Üniversitesi Basmane Hastanesi (120 yatak), Şifa Üniversitesi Gaziemir Hastanesi (59 yatak) ve Şifa Üniversitesi Göztepe Tıp Merkezinde (10yatak) yapıldı. Hastanelerin yatak kapasiteleri 354 olup, bu hastanelerde ameliyathane, yoğun bakım, yataklı servisler, fizik tedavi ve rehabilitasyon üniteleri ve acil servis bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini 3 Kasım 2014 – 5 Ocak 2015 tarihleri arasında Şifa Üniversitesi Bornova Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Buca Hastanesi ve Basmane Hastanesi, Gaziemir Hastanesi, Göztepe Tıp Merkezinde çalışan toplam 214 hemşire oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evreni örneklem olarak kullanıldığı için örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmanın örneklemini 3 Kasım 2014 – 5 Ocak 2015 tarihleri arasında adı geçen hastanelerde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 196 hemşire oluşturdu. Bazı hemşirelerin raporlu ve izinli olması nedeniyle bütün hemşirelere ulaşamadı.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Şifa Üniversitesine bağlı hastanelerde gerçekleştirilmesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

3.5. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgileri yeterlidir.

H₂: Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgileri yeterli değildir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri toplanmadan önce 20 hemşire ile ön uygulama yapıldı. Uygulama sonrası veri formunda bazı düzenlemeler yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından veriler toplandı.

Veriler, araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Bir hemşire ile görüşme süresi yaklaşık 20-30 dakikadır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu (12 soru)(Ek-1) ve literatür taraması sonucunda oluşturulan Ağrı İle İlgili Bilgi Formu (21 soru)(Ek-2) ve Ağrı İle İlgili Uygulama Formu (25 soru)(Ek-3) ve Klinik Karar Verme Formu (14 soru)(Ek-4) kullanıldı.

3.6.1.1. Tanıtıcı Özellikler Formu:

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, eğitim durumu, çalışılan klinik, hemşirelik eğitimi sırasında ağrı ile ilgili bilgi alma, ağrı ile ilgili hizmet içi eğitim alma, ağrı ile ilgili kitap-makale-araştırma okuma, ağrısı olan hastaya bakım verirken zorlanma ve ağrısı olan hastaya ilk yapılan uygulamayı içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

3.6.1.2. Ağrı ile İlgili Bilgi Formu:

Bu form araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturuldu. Form oluşturulduktan sonra alanında uzman iki akademisyenin görüşüne sunuldu ve önerileri doğrultusunda düzenlendi.

Formda ağrıya yönelik 21 tane bilgi ifadesi yer almaktadır. Hemşireler tarafından bilgi ifadelerine doğru ya da yanlış cevap vermeleri istendi.

Doğru cevaplara 1 puan, yanlış cevaplara 0 puan verildi. Puan aralığı 0-21 puan olarak değerlendirildi.

3.6.1.3. Ağrı ile İlgili Uygulama Formu:

Bu form araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturuldu. Form oluşturulduktan sonra alanında uzman iki akademisyenin görüşüne sunuldu ve önerileri doğrultusunda düzenlendi. Formda ağrıya yönelik 25 tane uygulama ifadesi bulunmaktadır. Hemşirelerin uygulama ifadelerini “Yapıyorum”, “Nadir Yapıyorum” ve “Yapmıyorum” şeklinde değerlendirmeleri istendi.

3.6.1.4. Ağrı İle İlgili Klinik Karar Verme Formu:

Bu form McCaffery ve Ferrell tarafından 2003 yılında geliştirilmiş, Özer ve arkadaşları tarafından 2006 yılında dilimize uyarlanmıştır. Ağrı İle İlgili Klinik Karar Verme Formu evet/ hayır şeklinde yanıtlanan 14 sorudan oluşmaktadır. Formu kullanmak için yazardan gerekli izinler alındı (Ek-5).

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin ağrı ile ilgili ifadeleri doğru cevaplama durumu.

Bağımsız değişkenler: Yaş, çalışma yılı, medeni durumu, çalışılan klinik, görevi, eğitim durumu, ağrı ile ilgili eğitim alma ve kitap makale okuma.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, One-Way ANOVA, Student- t testi, korelasyon ve ileri analiz için Tukey testi kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Şifa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan İlaç Dışı Araştırmalar İçin Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-7).

Araştırma verilerinin toplanması için kurum izni alınmıştır. Veri toplamada kullanılan Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Anketi için dilimize uyarlayan Özer ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılan hemşirelere araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldı, soruları yanıtlandı, bilgi verilerek gönüllülük formu imzalatıldı (Ek-6). Hemşirelere verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklandı.



4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, ağrı ile ilgili aldıkları toplam puan, ağrı ile ilgili klinik karar verme durumları, hemşirelerin ağrı ile ilgili yaşadığı etik ikilemler, ağrı ile ilgili gereksinim duyduğu bilgiler, ağrı ile ilgili uygulamalar, hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ağrı ile ilgili toplam puan karşılaştırmasına ait bulgular yer almaktadır.



4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=196)

Tanıtıcı özellikler	N	%
Yaş		
20 yaş ve altı	30	15.2
21-30	103	52.6
31-40	46	23.5
41 yaş ve üzeri	17	8.7
Cinsiyet		
Kadın	171	87.2
Erkek	25	12.8
Medeni durum		
Evli	88	44.9
Bekar	108	55.1
Çalışma yılı		
1 yıldan az	52	26.5
1-5 yıl	67	34.1
6-10 yıl	40	20.4
11-15 yıl	15	7.7
16-20 yıl	16	8.2
20 yıl üzeri	6	3.1
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	71	36.2
Ön lisans	23	11.7
Lisans	99	50.5
Lisansüstü	3	1.6
Çalışılan klinik		
Cerrahi	43	21.9
Dahili	15	7.7
Yoğun bakım	70	35.7
Diğer(k.doğum, çocuk,acil)	68	34.7
Eğitim sırasında ağrı ile ilgili bilgi alma		
Alan	163	83.2
Almayan	33	16.8
Hizmet içi eğitim alma		
Alan	126	64.3
Almayan	70	35.7
Kitap-makale okuma		
Okuyor	35	19.4
Okumuyor	75	38.3
Bazen okuyor	83	42.3
Ağrılı hastanın bakımında zorlanma		
Zorlanıyor	52	26.5
Zorlanmıyor	73	37.3
Bazen zorlanıyor	71	36.2
Ağrılı hastaya yapılan ilk uygulama		
Ağrı kesici verme(order edilmişse)	82	41.8
Dr haber verme	61	31.1
Masaj	4	2.0
Soğuk/sıcak uygulama	49	25.1

Tablo 1’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 52.6’sı 21-30, %23.5’i 31-40, %15.2’si 20 yaş ve altı, %8.7’si ise 41 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin %87.2’si kadın, %12.8’i erkektir ve %55.1’i bekârdır. Hemşirelerin çalışma yılına bakıldığında %34.1’inin 1-5 yıldır, %26.52’i 1 yılın altında, %20.4’ü 6-10 yıldır çalıştığını ifade etmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında %50.5’inin lisans, %36.2’sinin sağlık meslek lisesi, %11.7’sinin ön lisans ve %1.6’sının lisansüstü mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin %35.7’si yoğun bakım ünitelerinde, %34.7’si diğer (k.doğum, çocuk, acil) bölümlerde, %21.9’u cerrahi kliniklerde, %7.7’si dahili kliniklerde çalışmaktadır. Eğitim ve çalışma süresince ağrı ile ilgili bilgi alma durumları değerlendirildiğinde, hemşirelerin %83.2’sinin eğitimi sırasında bilgi aldığı ve aynı oranda hizmet içi eğitim aldığı, %16.8’inin eğitim sırasında bilgi almadığı belirlenmiş olup, %42.3’ünün de ağrı ile ilgili bazen kitap-makale okuduğu, %38.3’ünün ise ağrı ile ilgili kitap-makale okumadığı tespit edildi. Ağrılı hastanın bakımında zorlanma durumları değerlendirildiğinde, hemşirelerin %37.3’ünün zorlanmadığı, %36.2’sinin bazen zorlandığı ve %26.5’inin zorlandığı belirlenmiştir. Ağrısı olan hastaya yapılan ilk uygulamalara bakıldığında hemşirelerin %41.8’inin order edilmişse ağrı kesici ilaç verdiği, %31.1’inin doktoruna haber verdiği, %25.1’inin hastaya soğuk/sıcak uygulama yaptığı saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Durumları ile İlgili Bulgular

Tablo 2: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Durumlarının Dağılımı

Ağrı ile ilgili klinik karar verme durumu	n	%
Ağrı şiddetini tanımlamada kullanılan kriterler		
Davranışları gözlemek	117	59.7
Ağrı derecesini sormak	74	37.8
Hekim notlarını incelemek	5	2.6
Ağrı ölçeği kullanma durumu		
Kullanıyor	141	71.9
Kullanmıyor	55	28.1
Order edilen ilaçta dikkat edilen noktalar		
Order edilenden daha az sıklıkta vermek	12	6.1
Order edilen şekli ile vermek	184	93.9
Ağrıyı kayıt etme durumu		
Kayıt ediyor	180	91.8
Kayıt etmiyor	16	8.2
Kayıt etme yerleri		
Kayıt etmiyor	16	8.2
Hemşire gözlem formu	180	91.8
Ağrı için order edilen ilaç dışı girişim		
Soğuk/sıcak uygulama yapmak	92	46.9
FTR/TENS uygulamak	26	13.3
Yok	78	39.8
Ağrı konusunda doktorla temasa geçme durumu		
Geçiyor	191	97.4
Geçmiyor	5	2.6
Doktor ile temasa geçilen durumlar		
Temasa geçmiyor	5	2.6
Ağrı ile ilgili değişiklikleri rapor etmek	128	65.3
İlaç miktarını arttırmayı tartışmak	41	20.9
İlaçta veya verilmiş yolunda değişiklik gereksinimini tartışmak	20	10.2
İlaçların yan etkilerini tartışmak	2	1
Ağrıyı hafifletmede engelle karşılaşma durumu		
Karşılaşıyor	87	44.4
Karşılaşmıyor	109	55.6
Ağrıyı hafifletmede karşılaşılan engeller		
Engel yok	109	55.6
Zaman	41	20.9
Hemşirelerin bilgisi	3	1.6
Hekimlerin bilgisi	4	2
Hasta ve ailenin bilgisi	8	4.1
Yetersiz ilaç order edilmesi	27	13.8
İlaç almada hasta işbirliği	4	2
Ağrı olduğunda karar vermede zorlanılan durumlar		
Ağrıyı tanılamada	24	12.2
Ağrı şiddetini tanılamada	97	49.5
Verilen ilaçlar hakkında	36	18.4
Verilen ilaçların zamanı hakkında	39	19.9

Tablo 2’de hemşirelerin ağrı ile ilgili klinik karar verme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin %59.7’si ağrı şiddetini tanımlarken hastanın davranışlarını gözlemlediğini, %37.8’i ağrısının derecesini sorduğunu ve %2.6’sı doktor notlarındaki bilgileri incelediğini ifade etmiştir. Ağrı ölçeği kullanma durumlarına bakıldığında, hemşirelerin %71.9’unun ölçek kullandığı, %28.1’inin kullanmadığı, order edilen ilaçta nelere dikkat ettikleri sorulduğunda ise, hemşirelerin %93.9’unun order edilen şekli ile %6.1’inin ilacı order edilenden daha az sıklıkta verdiği belirlendi. Hemşirelerin %91.8’inin ağrı durumunu hemşire gözlem formuna kaydettiği, %8.2’sinin kaydetmediği belirlendi. Hemşirelerin %46.9’u ağrı durumunda soğuk/sıcak uygulama order edildiğini, %13.3’ü FTR/TENS order edildiğini, %39.8’u ise ağrıyı gidermek için herhangi bir yöntem order edilmediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %97.4’ü hastanın ağrısı olduğu zaman doktor ile temasa geçtiğini belirtmiştir. Doktor ile temasa geçtiğini belirten hemşirelerin %65.3’ü ağrı ile ilgili değişiklikleri rapor ettiğini, %20.9’u ilaç miktarında arttırma durumunu tartıştığını, %10.2’si ilacı veya ilacın veriliş yolundaki değişiklik ihtiyacını tartıştığını ve %1’i ise ilaç yan etkilerini tartıştığını belirtmiştir. Bunun yanında hemşirelerin sadece %2.6’sının ağrı durumunda doktorla herhangi bir temasa geçmediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %44.4’ü ağrıyı hafifletmek istediği zaman bazı engellerle karşılaştığını belirtmiş ve bu engelleri hemşirelerin %20.9’u zaman, %1.6’sı hemşirelerin bilgisi, %2’si hekimlerin bilgisi, %4.1’i hasta ve ailesinin bilgisi, %13.8’i yetersiz ilaç order edilmesi, %2’sinin ilaç almada hasta işbirliği engeli olarak ifade etmiştir. Hemşireler hastanın ağrısına karar vermede zorlandıklarını ve %49.5’inin ağrı şiddetini tanılamada, %19.9’unun verilen ilaçların zamanı hakkında, %18.4’ünün verilen ilaçlar hakkında ve %12.2’sinin ise ağrıyı tanılamada zorlandığı saptanmıştır.

4.3. Hemşirelerin Hastanın Ağrısı ile İlgili Yaşadığı Etik İkilemlerin Önem Sırası ile İlgili Bulgular

Tablo 3: Hemşirelerin Hastanın Ağrısı ile İlgili Yaşadığı Etik İkilemlerin Önem Sırasına Göre Dağılımı

Önem sırası	Etik ikilemler	n	%
1.	Solunum depresyonu ile ilgili endişe	67	34.2
2.	Fazla miktarda ilaç verme konusunda sorun/endişe	46	23.5
3.	Hastanın ağrısını yeterli oranda geçiremediğini hissetme	43	21.9
4.	Bağımlılık konusunda endişe	42	21.4
5.	Az miktarda ilaç verme konusunda sorun/endişe	44	22.4
6.	Hastanın ağrısı olduğunu bilme ve bunu kabul etmeme	59	30.1
7.	Ağrının gerçek olduğundan şüphelenme	52	26.5
8.	Hasta veya aile ile çatışma	64	32.7
9.	Doktorla çatışma	74	37.8

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 3’de hemşirelerin hastaların ağrısı ile ilgili yaşadıkları etik ikilemlerin önem sırası verilmiştir. Bu önem sırası incelendiğinde ilk birinci sırada “solunum depresyonu ile ilgili endişe” (%34.2), ikinci sırada “fazla miktarda ilaç verme konusunda sorun/ endişe” (%23.5) ve üçüncü sırada ise “hastanın ağrısını yeterli oranda geçiremediğini hissetmek” (%21.9) olarak belirtilmiştir. Hemşireler yaşanan etik ikilemler ile ilgili ”bağımlılık konusunda endişe” ye dördüncü sırada (%21.4) yer verirken, “az miktarda ilaç vermek konusunda sorun/endişe” ye beşinci sırada (%22.4), “ hastanın ağrısı olduğunu bilme ve bunu kabul etmeme” ye de altıncı (30.1) sırada yer vermişlerdir. Hemşirelerin etik ikilemler arasında en çok önemsiz gördükleri üç ikilem ise, “doktorla çatışma” (%37.8), “hasta veya aile ile çatışma” (%32.7) ve “ağrının gerçek olduğundan şüphelenme” (%26.5) olarak saptanmıştır.

4.4. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Gereksinimi Duyduğu En Önemli Üç Konunun Önem Sırası ile İlgili Bulgular

Tablo 4: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Gereksinimi Duyduğu En Önemli Üç Konunun Önem Sırasına Göre Dağılımı

Önem sırası	Bilgi gereksinimi duyulan konular	n	%
1.	Ağrı tanınması	88	44.9
2.	Ağrının farmakolojik yönetimi	56	28.6
3.	Özel popülasyonlarda (kanser ağrısı vb.) ağrı yönetimi	47	24

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4’de hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi gereksinimi duyduğu en önemli üç konunun önem sırasına göre dağılımı verilmiştir. Buna göre hemşirelerin en çok %44.9 ile ağrı tanınması konusunda, sonrasında %28.6 ile ağrının farmakolojik yönetimi konusunda ve %24 ile de özel popülasyonlarda (kanser ağrısı vb.) ağrı yönetimi konusunda bilgi gereksinimi duydukları tespit edilmiştir.

4.5. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Durumları ile İlgili Bulgular

Tablo 5: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı (N=196)

Ağrı ile ilgili ifadeler	Bilen		Bilmeyen	
	n	%	n	%
1-Analjezik ilaç dozu ağrının süresine veya hastanın alışkanlığına göre ayarlanmalıdır. (Y)	157	80.1	39	19.9
2-Analjezik ilaç dozu hastanın gereksinimlerine göre bireyselleştirilmelidir. (D)	155	79.1	41	20.9
3-Ağrı tedavisinin bir sonraki dozunu vermeden önce, hasta rahatsızlık yaşadığını ifade etmelidir.(Y)	54	27.6	142	72.4
4- Analjezik ağrı başlamadan veya şiddetlenmeden önce verilmelidir.(D)	133	67.9	63	32.1
5- Aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnfamatuar) ajanlar kanser ağrılarında etkili analjezikler değildir. (Y)	72	36.7	124	63.3
6- İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir. (Y)	54	27.6	142	72.4
7- Ağrının şiddeti hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir. (Y)	111	56.6	85	43.4
8- Uzun zamandır (aylardır) opioid (vücutta morfin gibi etki gösteren kimyasal madde) alan hastalarda nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar. (D)	151	77.0	45	23.0
9- Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin ağrı ilaçları ile birlikte değil de yalnız başına kullanması gerekir. (Y)	104	53.1	92	46.9
10- Hastanın yaşadığı ağrının Kronik ağrı olabilmesi için en az 6 ay sürmesi gerekir. (D)	157	80.1	39	19.9
11-Ağrı duygusu objektiftir. (Y)	59	30.1	137	69.9
12- Konfüzyonu olan hastanın ağrı bildirimini dikkate almayız. (Y)	110	56.1	86	43.9
13- Ağrıyı en doğru şekilde deneyimleyen kişi anlatır. (D)	173	88.3	23	11.7
14- Ağrı kontrolünde, ağrıya neden olan fiziksel veya patolojik nedenler birlikte saptanmalıdır. (D)	181	92.3	15	7.7
15- Ağrı belirtisi olarak her zaman fizyolojik ve davranışsal tepkiler görülür. (Y)	81	41.3	115	58.7
16- Opioidler postoperatif dönemde orta ve şiddetli ağrıların giderilmesinde etkilidir. (D)	164	83.7	32	16.3
17- Ağrı algılaması ve duyarlılığı yaş ile birlikte azalır. (Y)	119	60.7	77	39.3
18- Ağrı eşiği, bireyin uyarılabildiği en yüksek uyarın şiddetidir. (D)	164	83.7	32	16.3
19- Uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltır. (D)	132	67.3	64	32.7
20- Ağrı toleransı bireyin ağrı uyaranının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. (D)	161	82.1	35	17.9
21- Yaş, cinsiyet, kültürel yapı ve ağrı algılama eşiği ağrı tolerans düzeyini etkiler. (D)	181	92.3	15	7.7

D: Doğru cevap, Y: Yanlış cevap

Tablo 5’de hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi durumlarının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin %92.3’ü **“ağrı kontrolünde, ağrıya neden olan fiziksel veya patolojik nedenler birlikte saptanmalı”** ve aynı oranda **“yaş, cinsiyet, kültürel yapı ve ağrı algılama eşiği ağrı tolerans düzeyini etkiler”** ifadelerine doğru cevap vermişlerdir. Hemşirelerin %88.3’ü **“ağrıyı en doğru şekilde deneyimleyen kişi anlatır”** ifadesine doğru, %83.7’si **“opioidler postoperatif dönemde orta ve şiddetli ağrıların giderilmesinde etkilidir”** ve **“ağrı eşiği, bireyin uyarılabildiği en yüksek uyarıcı şiddetidir”** ifadesine doğru cevap vermişlerdir. **“ağrı toleransı bireyin ağrı uyarıcısının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir”** ifadesine hemşirelerin %82.1’i, **“analjezik ilaç dozu ağrının süresine veya hastanın alışkanlığına göre ayarlanmalıdır”** ifadesine %80.1’i ve **“hastanın yaşadığı ağrının kronik ağrı olabilmesi için en az 6 ay sürmesi gerekir”** ifadesine aynı oranda doğru cevap vermişlerdir.

Hemşirelerin %72.4’ü **“ağrı tedavisinin bir sonraki dozunu vermeden önce, hasta rahatsızlık yaşadığını ifade etmelidir”** ve aynı oranda **“ilaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir”** ifadesine yanlış cevap vermişlerdir. **“Ağrı duyusu objektiftir”** ifadesine hemşirelerin %69.9’u, **“aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnflamatuar) ajanlar kanser ağrılarında etkili analjezikler değildir”** ifadesine %63.3’ü ve **“ağrı belirtisi olarak her zaman fizyolojik ve davranışsal tepkiler görülür”** ifadesine ise hemşirelerin %58.7’si yanlış cevap vermiştir.

4.6. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Uygulamaları ile İlgili Bulgular

Tablo 6: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Uygulamalarının Dağılımı (n=196)

Ağrı ile ilgili uygulamalar	Yapıyor		Yapmıyor		Nadiren	
	n	%	n	%	n	%
1-Ağrının şiddetini, yoğunluğunu, kalitesini, sıklığını, başlama ve durma zamanını, özelliğini, yerini ve etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendiriyorum.	153	78.1	10	5.1	33	16.8
2-Özellikle etkili iletişim kuramayan hastalarda rahatsızlık belirtisi olan sözsüz ipuçlarını değerlendiririm.	157	80.1	8	4.1	31	15.8
3-Ağrı hakkında hastanın inanç ve bilgilerini öğrenirim.	117	59.7	22	11.2	57	29.1
4-Ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne alırım.	109	55.6	31	15.8	56	28.6
5-Ağrının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlerim (uyku, iştahsızlık, aktivite).	161	82.1	11	5.6	24	12.3
6-Ağrıyı azaltan ve artıran hastaya ait faktörleri belirlerim.	162	82.7	9	4.6	25	12.7
7-Hasta ve sağlık bakım ekibi ile birlikte geçmişte kullandığı ağrı kontrol yöntemlerinin etkinliğini değerlendiririm.	128	65.3	17	8.7	51	26.0
8-Çevresel faktörleri kontrol ederim (oda sıcaklığı, aydınlanma, gürültü).	155	79.1	12	6.1	29	14.8
9-Ağrıya neden olan veya artıran faktörlerin azaltılması veya ortadan kaldırılması (korku, yorgunluk, bilgi eksikliği)	150	76.5	8	4.1	38	19.4
10-Ağrıyı hafifletecek farklı yöntemlerin uygulanması (farmakolojik, nonfarmakolojik)	126	64.3	20	10.2	50	25.5
11-Ağrı yönetimindeki ilkelerin öğretilmesi	119	60.7	22	11.2	55	28.1
12-Ağrının kaynağına ve şekline göre, ağrı azaltma stratejilerinin seçilmesi	135	68.8	15	7.7	46	23.5
13-Hastanın kendi ağrısını izlemesi ve uygun girişimde bulunması için cesaretlendirilmesi.	126	64.3	23	11.7	47	24.0
14-Nonfarmakolojik yöntemlerin (biofeedback, TENS, hipnoz, müzikterapi, hayal etme, aktivite terapisi, sıcak-soğuk uygulama, masaj) kullanımının öğretilmesi.	83	42.3	54	27.6	59	30.1
15-Hastanın şu anda farmakolojik yöntemleri kullanma durumunun belirlenmesi.	115	58.7	22	11.2	59	30.1
16-Ağrının azaltılmasında farmakolojik yöntemler hakkında eğitim verilmesi.	123	62.8	20	10.2	53	27.0
17-Hasta, diğerleri ve diğer sağlık personeli ile nonfarmakolojik uygulamalar için işbirliği yapılması.	107	54.6	37	18.9	52	26.5
18-Hasta kontrollü analjezik kullanılması.	118	60.2	40	20.4	38	19.4
19-Ağrı şiddetlenmeden önce ağrı kontrol önlemlerinin kullanılması.	128	65.3	11	5.6	57	29.1
20-Hasta ile ağrı düzeyinin belirlenmesi.	142	72.5	10	5.1	44	22.4
21-Ağrı kontrol önlemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi	149	76.0	14	7.2	33	16.8
22-Hastanın yanıtı temel alınarak ağrı kontrol yöntemlerinin oluşturulması.	155	79.1	10	5.1	31	15.8
23-Ağrıyı azaltacak yeterli uyku ve dinlenmenin sürdürülmesi.	166	84.7	8	4.1	22	11.2
24-Ağrı deneyimlerini tartışması için hastanın cesaretlendirilmesi.	141	71.9	17	8.7	38	19.4
25-Belli aralıklarla ağrı yönetiminde hasta memnuniyeti değerlendirilmelidir.	155	79.1	19	9.7	22	11.2

Tablo 6’da hemşirelerin ağrı ile ilgili uygulamalarının dağılımı verilmektedir. Hemşirelerin ağrı ile ilgili yaptıkları uygulamalara bakıldığında; %84.7’si **“ağrıyı azaltacak yeterli uyku ve dinlenmeyi sürdürdüğünü”**, %82.7’si **“ağrıyı azaltan ve artıran hastaya ait faktörleri belirlediğini”**, %82.1’i **“ağrının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlediğini”**, %80.1’i **“ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne aldığını”** belirtmiştir. **“Çevresel faktörleri kontrol ederim”**, **“hastanın yanıtını temel alarak ağrı kontrol yöntemlerini oluştururum”**, **“belli aralıklarla ağrı yönetiminde hasta memnuniyetini değerlendiririm”** ifadelerini hemşirelerin %79.1’i uyguladığını, %78.1’i **“ağrının şiddetini, yoğunluğunu, kalitesini, sıklığını, başlama ve durma zamanını, özelliğini, yerini ve etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendirdiğini”**, %76.5’i **“ağrıya neden olan veya artıran faktörlerin azaltılması veya ortadan kaldırılmasını sağladığını ve %76’ sı “ağrı kontrol önlemlerinin etkinliğini değerlendirdiğini”** belirtmiştir.

Hemşirelerin ağrı ile ilgili nadiren yaptıkları uygulamalara bakıldığında; %30.1’i **“nonfarmakolojik yöntemleri (biofeedback, TENS, hipnoz, müzikterapi, hayal etme, aktivite terapisi, sıcak-soğuk uygulama, masaj) kullandığını”** aynı oranda **“hastanın şu anda farmakolojik yöntemleri kullanma durumunu belirlediğini”**, %29.1’i **“ağrı hakkında hastanın inanç ve bilgilerini öğrendiğini”** yine aynı oranda **“ağrı şiddetlenmeden önce ağrı kontrol önlemlerini kullandığını”**, %28.6’sı **“ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne aldığını”**, %28.1’i **“ağrı yönetimindeki ilkeleri öğrettiğini”**, %27’si **“ağrının azaltulmasında farmakolojik yöntemler hakkında eğitim verdiğini”**, %26.5’i **“hasta, diğerleri ve diğer sağlık personeli ile nonfarmakolojik uygulamalar için işbirliği yaptığını”**, %26’sının **“hasta ve sağlık bakım ekibi ile birlikte geçmişte kullandığı ağrı kontrol yöntemlerinin etkinliğini değerlendirdiğini”**, %25.5’i **“ağrıyı hafifletecek farklı yöntemleri uyguladığını”** belirtmiştir.

Hemşireler %27.6’sı **“nonfarmakolojik yöntemleri (biofeedback, TENS, hipnoz, müzikterapi, hayal etme, aktivite terapisi, sıcak-soğuk uygulama, masaj) kullanmadığını”**, %20.4’ü **“hasta kontrollü analjezik kullanmadığını”**, %18.9’u **“hasta, diğerleri ve diğer sağlık personeli ile nonfarmakolojik uygulamalar için işbirliği yapmadığını”** ve %15.8’i **“ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne almadığını”** ifade etmiştir.

4.7. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Doğru Bildikleri İfade Sayısı ile İlgili Bulgular

Tablo 7: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Doğru Bildikleri İfade Sayısının Dağılımı

Doğru bilinen ifade sayısı	n	%	$\bar{X}\pm SD$
8 ifade	2	1	13.63±2.23
9 ifade	7	3.6	
10 ifade	5	2.7	
11 ifade	13	6.6	
12 ifade	35	17.9	
13 ifade	34	17.3	
14 ifade	32	16.3	
15 ifade	26	13.3	
16 ifade	24	12.2	
17 ifade	13	6.6	
18 ifade	2	1	
19 ifade	1	0.5	
20 ifade	1	0.5	
21 ifade	1	0.5	

Tablo 7’ de hemşirelerin ağrı ile ilgili doğru bildikleri ifade sayısının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin sadece %0.5’i ağrı ile ilgili bütün ifadelere doğru cevap verirken, %1’i ise sadece 8 ifadeye doğru cevap vermiştir. Yüksek oranda doğru cevap verdikleri ifade sayısına bakıldığında; hemşirelerin %17.9’u 12, % 17.3 ‘ü 13, % 16.3’ü 14 ve %12.2’si 16 ifadeyi doğru cevaplamışlardır. Ağrı ile ilgili ifadelere doğru cevap verme ortalaması 13.63±2.23’ dür. Hemşirelerin %49.0’u ortalamanın altında puan almışlardır.

4.8. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 8: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	n	\bar{X}	SD	F	p*
Yaş					
20 yaş ve altı	30	13.63	1.92	2.639	0.051
21-30	103	13.29	2.47		
31-40	46	14.02	1.63		
41 yaş ve üzeri	17	14.70	2.25		
Çalışma yılı					
1 yıldan az	52	12.92	1.92	2.934	0.014
1-5 yıl	67	13.86	2.72		
6-10 yıl	40	13.37	1.44		
11-15 yıl	15	14.33	1.95		
16-20 yıl	16	15	2.19		
20 yıl üzeri	6	13.66	1.86		
Eğitim durumu					
Sağlık meslek lisesi	71	13.50	2.01	0.909	0.43
Ön lisans	23	13.13	1.86		
Lisans	99	13.86	2.4		
Lisansüstü	3	13	0		
Çalışılan klinik					
Cerrahi	43	13.25	1.96	4.191	0.007
Dahili	15	15.20	2.98		
Yoğun bakım	70	13.92	1.78		
Diğer(k.doğum, çocuk,acil)	68	13.23	2.46		
Kitap-makale okuma					
Okuyor	38	13.65	2.22	0.776	0.462
Okumuyor	75	13.40	2.33		
Bazen okuyor	83	13.84	2.15		

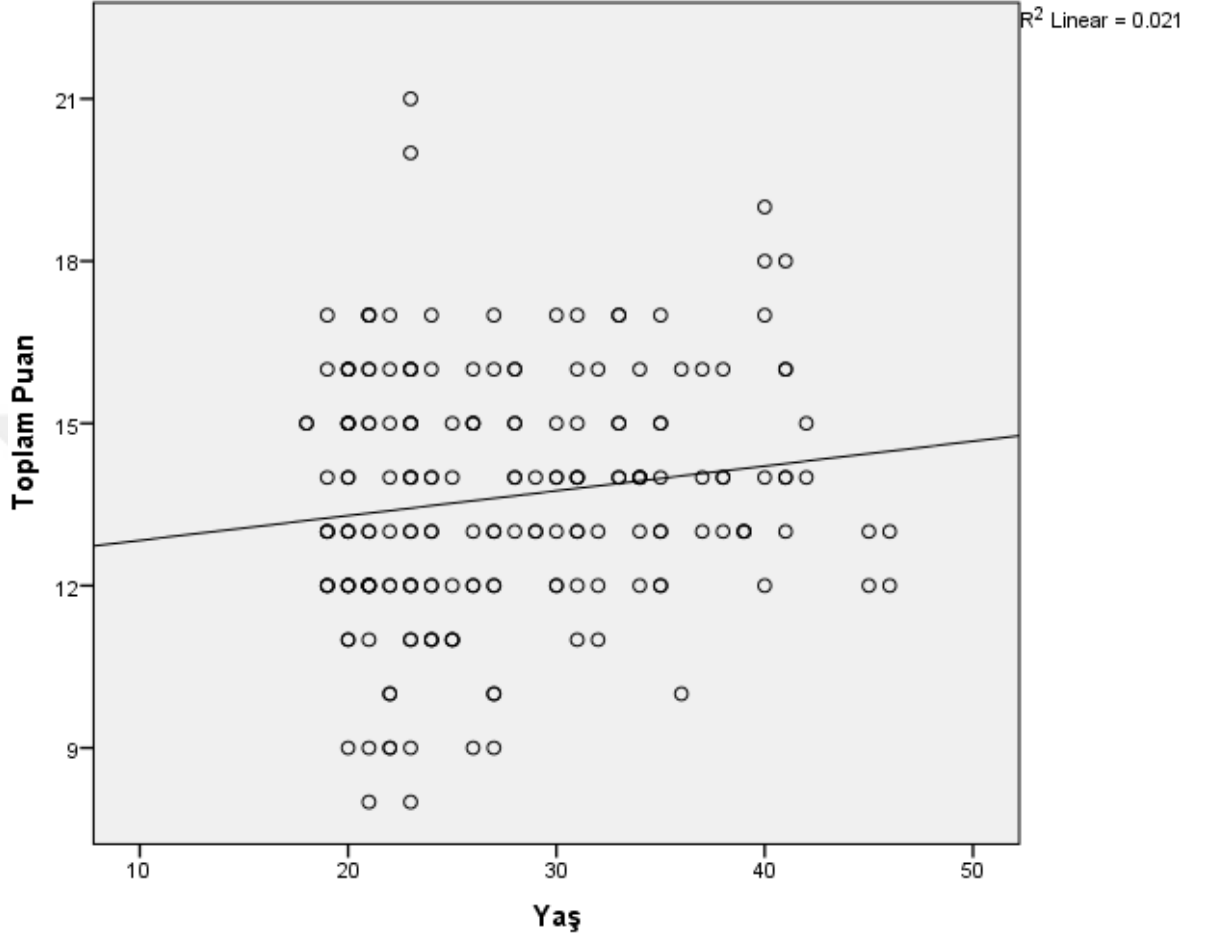
*p<0.05

Tablo 8’ de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ağrı ile ilgili bilgi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(p>0.05). Ancak hemşirelerin yaşı arttıkça bilgi puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin bilgi puan ortalaması 14.70±2.25 olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamasının arttığı görülmektedir.

Lisans düzeyinde eğitim görmüş olan hemşirelerin ağrı bilgi puan ortalaması 13.86 ± 2.4 bulunmuş, fakat lisans üstü hemşirelerin bilgi puan ortalaması 13 ± 0 olarak bulunmuştur. Bu farkın lisansüstü hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ağrı ile ilgili kitap-makale okuyan hemşirelerin okumayan hemşirelere göre bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çalışma yılı ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.014$). En yüksek bilgi puan ortalamasına (15 ± 2.19) sahip olan grubun 16-20 yıldır çalıştığı, en az bilgi puan ortalamasına (12.92 ± 1.92) sahip grubun 1 yıldan daha az süredir hemşirelik yaptığı saptanmıştır. Farkı yaratan grubu saptayabilmek amacıyla ileri analizlerden olan Tukey testi kullanılmıştır. Farkı yaratan grupların 1 yıldan daha az çalışan ve 16-20 yıldır çalışan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=0.013$, -2.077).

Hemşirelerin çalıştığı klinik ile bilgi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.007$). En yüksek bilgi puan ortalaması (15.20 ± 2.98) dahiliye kliniğinde çalışan hemşirelerde saptanmıştır. Farkı yaratan grubu saptayabilmek amacıyla ileri analizlerden olan Tukey testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda farkı yaratan grupların dahiliye ve diğer ($p=0.010$, -1.965) kliniklerden, dahiliye ve genel cerrahi kliniklerinden ($p=0.017$, -1.944) kaynaklandığı belirlenmiştir.



Şekil 3: Yaş ile Ağrı Toplam Bilgi Puanı Korelasyonu

Yaş ile ağrı ile ilgili bilgi toplam puanı arasında zayıf ama pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($p=0.043$, $r =0.145$).

4.9. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 9: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi Toplam Puanlarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	n	\bar{X}	SD	F	p	t
Cinsiyet						
Kadın	171	13.70	2.26	0.610	0.295	1.049
Erkek	25	13.20	2		0.258	1.151
Ağrı ile ilgili bilgi alma						
Evet	163	13.69	2.32	2.41	0.441	0.772
Hayır	33	13.36	1.71		0.349	0.944
Hizmet içi eğitim alma						
Alan	126	13.49	2.37	1.347	0.222	-1.226
Almayan	70	13.90	1.94		0.196	-1.299
Medeni hali						
Evli	88	13.60	2.13	1.919	0.842	-0.200
Bekar	108	13.66	2.32		0.840	-0.202

Tablo 9’da hemşirelerin tanıtıcı Özelliklerine göre ağrı ile ilgili bilgi toplam puanlarının dağılımı verilmektedir. Yapılan analizler sonucunda hemşirelerin cinsiyeti, ağrı ile ilgili bilgi alma durumu, hizmet içi eğitim alma durumu ve medeni hali ile ağrı ile ilgili bilgi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Ağrı, bireyin hayatı boyunca belirli aralıklarla deneyimlediği, yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen soyut bir kavramdır (Yılmaz ve Atay 2014). Ağrı hastaneye başvuruda sık karşılaşılan semptomlardan olup, sağlık bakım sistemindeki farklılıklar ağrı yönetimine karar vermeyi etkileyebilmektedir (Mocerri and Drevdahl 2014).

Ağrı yönetiminin kalitesi ağrı tedavisini yürüten sağlık profesyonellerinin bilgi, davranış ve karar verme yeteneklerine bağlı olup en büyük rol hemşireye düşmektedir (Dikmen ve ark. 2012).

Çalışmamızda, hemşirelerin yarısından fazlası ağrının şiddetinin hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Dikmen ve ark. (2012) nın yaptığı ağrı ile ilgili çalışmada ise hemşirelerin %74.6'sı ağrının hasta tarafından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Özer ve ark (2006) çalışmasında hemşirelerin %61.7'i ağrı şiddetinin hasta tarafından tanınması gerektiğini düşünmüştür. Aslan ve Badır (2005) tarafından yapılan ağrı ile ilgili çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin %79.7' si hastanın ağrı ifadesine inandığını belirtmiştir. Bu çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermemektedir. Bu durumun hemşirelerin eğitim durumları ve ağrı hakkında kitap – makale okumama durumu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin yarıya yakınının sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu olmaları ve çoğunun ağrı ile ilgili kitap-makale okumamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Dikmen ve ark. (2012)'nin yaptığı ağrı ile ilgili çalışmada hemşirelerin %48.7'si ağrı şiddetini tanımlarken hastanın davranışlarını gözlemlediğini, %37.5'i ise tanılama aşamasında ağrı şiddetini hastaya sorduğunu belirtmiştir. Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin ağrı şiddetini tanımlarken %47.4'ü hastanın davranışlarını gözlemlediğini, %30.3'ü hastaya ağrı şiddetini sorduğunu bildirmiştir.

Bu sonuç, hemşirelerin hastaların ağrı şiddetini tanımlarken daha çok kendi gözlemlerine önem verdiklerini, daha az olarak da hastanın ifadelerini dikkate aldıklarını göstermektedir. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası (%59.7) ağrı şiddetini tanımlarken hastanın davranışlarını gözlemlediğini, %37.8'i ağrısının derecesini sorduğunu ifade etmiştir. Çalışmamız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin yarısından fazlasının hastanın ağrısını tanımlamada hasta davranışlarını gözlemlemesi olumlu bir sonuçtur. Subjektif bir bulgu olan ağrının tanımlanması oldukça zordur ve bu nedenle iyi bir gözlem yapmak gerekir. Ağrı tanılmasında önemli bir role sahip olan hemşirenin de iyi gözlem yapabilmesi ve uygun tanılama yöntemlerini kullanması çok önemli bir sorumluluktur (Özer 2006). Bunun yanında hastanın ağrısının değerlendirilmesinde hastanın ifadeleri de çok önemli olduğu için, hemşirelerin hasta ifadelerine daha çok önem vermesi gerekmektedir.

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesidir, fakat subjektif olan bu ifadeyi objektif hale getirerek ölçülebilir değerlere çevirmek ve ağrı giderme girişimlerinin etkinliğini belirlemek için ağrı skalalarının kullanılması gerekmektedir. Ağrı algısını değerlendirmek için bir ölçüm aracı kullanımı, hastanın kelimeler ya da sayılarla bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale çevirmekte, hasta ve hastanın bakımını sürdüren sağlık profesyonellerinin arasındaki farklı yorumları da ortadan kaldırmaktadır (Aslan ve Badır 2005, Dikmen 2012). Dikmen (2012) çalışmasında, hemşirelerin %66.7'si hastanın ağrısını ölçmek ve değerlendirmek için ağrı skalası kullanmadıklarını, Abdalrahim ve arkadaşları (2008) postoperatif dönemdeki hasta kayıtlarını inceledikleri bir çalışmada, hemşirelerin %95.7'sinin ağrıyı değerlendirmek için bir ağrı skalası kullanmadığını belirtmiştir. Özer ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, hemşirelerin %74.5'inin, Ay ve Alpar (2010) ise hemşirelerin %67.7'sinin ağrıyı ölçmek için ağrı skalası kullanmadığını bildirilmiştir. Sayın (2010) çalışmasında, hemşirelerin %65.12'si ameliyat sonrası ağrı tanılmasında ölçek kullanmadığını, Akdağ (2008) çalışmasında hemşirelerin %88,1'i hastaların ağrı şiddetini tanımlarken ağrı skalası kullanmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, ağrıyı değerlendirmede ağrı skalası kullanma oranının çok düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, ağrı ölçeği kullanma durumlarına bakıldığında, hemşirelerin yarısından fazlasının (%71.9) ölçek kullandığı saptanmıştır. Hemşirelerin ağrı ölçeği kullanma durumunun yüksek olması sevindirici bir sonuç olup, hastaların ağrı düzeylerinin objektif olarak değerlendirildiğinin bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Bu durum, hemşirelerin ağrıyı doğru bir şekilde değerlendirme konusunda iyi düzeyde olduklarını göstermektedir.

Özer ve ark (2006) hemşirelerin “bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşamsal belirtilerde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir” ifadesini doğru yanıtlama yüzdesi oldukça düşüktür (%8.5). Dikmen (2012) çalışmasında hemşirelerin çok az bir kısmı (%7.9) ağrı tanılmasında yaşamsal belirtilerin önemli bir gösterge olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda “ağrı belirtisi olarak her zaman fizyolojik ve davranışsal tepkiler görülür” ifadesini hemşirelerin yarıya yakını doğru yanıtlamıştır. Literatür incelendiğinde ağrı deneyiminin bireysel olduğu ve ağrının fizyolojik ve davranışsal belirtilerinin bireyden bireye farklılık gösterebildiği, ağrının şiddetinin hasta tarafından gösterilen tepkileri etkilediği belirtilmiştir (Dikmen 2012). Bu sonuçlar hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir.

Literatürde ağrının giderilmesine yönelik çok fazla farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımların olduğu bilinmektedir (Özveren ve Uçar 2009). Hemşireler ağrının giderilmesi ile ilgili genellikle doktor istemlerini uygulamakta, hemşirenin ağrıyı gidermeye yönelik bağımsız olarak yapabileceği girişimleri (masaj, müzik terapi) daha az uyguladığı ve genellikle doktor istemlerini uygularken etik ikilem yaşayabildikleri düşünülmektedir. Özer ve ark (2006) yaptıkları ağrı çalışmasında, hemşirelerin yaşadıkları en önemli etik ikilemi (%19.1) “solunum depresyonu ile ilgili endişelenme”, en önemsiz etik ikilemi ise, “hasta ve aile çatışmaları” (%17.9) olarak belirtmiştir. Dikmen (2012) çalışmasında hemşirelerin hastanın ağrısının giderilmesi konusunda yaşadığı etik ikilemlerin, %36.5 ilk sırada “fazla ilaç verme”, ikinci sırada ise %30.6 ile “bağımlılık” konusunda olduğunu tespit etmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin hastanın ağrısının giderilmesi konusunda önem sırası incelendiğinde ilk birinci sırada %34.2 ile “solunum depresyonu ile ilgili endişe”, ikinci sırada %23.5 ile “fazla miktarda ilaç verme konusunda sorun/ endişe” olarak, %37.8 ile en önemsiz etik ikilemi ise “doktorla çatışma” olarak belirtmiştir. Karakaya (2007) yaptığı bir çalışmada, sağlık personelinin %55.5’i opioid kullanımından kaçındıklarını ve opioid kullanmaktan kaçınma nedeni olarak en yüksek oranda (%49.1) bağımlılık korkusu olduğunu belirtmiştir.

Özer ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, hemşirelerin %71.5’i hastanın ağrısını tanımlama ve değerlendirme sonuçlarını kayıt ettiklerini belirtmiştir. Abdalrahim ve arkadaşları (2008) tarafından, post-operatif 72 saat içinde hemşirelerin ağrı ile ilgili kayıt tutma durumu incelenmiş, postoperatif birinci günde hastaların %35’inin kayıtlarında ağrı ile ilgili hiç bir değerlendirme bulunmamıştır. Yapılan kayıtların %61’inin ağrının lokalize olduğu bölgeyi kaydettiği ancak %53’ünün ise ilaçlar hakkında kayıt tuttuğu saptanmıştır. Dikmen (2012) çalışmasında, hemşirelerin %88.9’unun, Akdağ (2008) hemşirelerin %57,1’inin ağrı ile ilgili kayıt tuttuğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin tamamına yakını (%91.8)’nin ağrıyı kaydettiği, az bir kısmının (%8.2) kaydetmediği tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte ve kayıt oranının yüksek olması hemşirelerin yaptıkları uygulamaları göstermeleri ve kanıtlamaları açısından önemli bir sonuçtur.

Literatürde ağrıyı gidermeye yönelik ilaç dışı girişimlerin yararlılıklarıyla ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Değirmen (2006) sezeryan hastaları ile ilgili yaptığı randomize kontrollü çalışmada, masajdan 60 dakika sonra ağrı şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamıştır. Çıtak Karakaya’nın (2005) fizyoterapinin sezeryan sonrası ağrı ve fonksiyonel aktiviteler üzerine etkinliği üzerine yaptığı randomize kontrollü çalışmada, deney grubu olgularının daha kısa sürede ayağa kalktığı, barsak fonksiyonlarının daha erken başladığı, analjezik ilaç uygulama sayısının, insizyon yeri ağrı şiddetinin ve fonksiyonel aktivitelerdeki güçlük miktarının daha az olduğunu tespit etmiştir.

Tander ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada fizik tedavi uygulamalarının komplikasyonlarının çok düşük olduğu ve genel olarak hastaların fizik tedavi uygulamalarından memnun kaldığını saptamıştır. Brown ve arkadaşları (2001) tarafından doğumda kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada; müzik dinletilen annelerin %30'unun uygulamayı çok etkili, %55'inin ise biraz etkili bulduğunu bildirilmiştir. Caprilli ve arkadaşları (2007) müzik dinletilen grup ve kontrol grubu olmak üzere 4-13 yaş arası 108 çocukla yaptıkları bir çalışmada, müzik dinletilen gruptaki çocukların ağrı skorlarının kontrol grubundan belirgin şekilde düşük olduğunu belirtmişlerdir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar ilaç dışı girişimlerin ağrının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Akdağ'ın (2008) çalışmasında, hemşirelerin %54,2'si ağrıyı gidermek için ilaç dışı yöntemlerin order edildiğini ifade etmiştir. Order edilen bu yöntemlerin ise, %31'inin soğuk uygulama, %28'inin sıcak uygulama, %23'ünün fizyoterapi, %8,9'uun TENS ve %0,5'inin diğer ilaç dışı girişimler (masaj) olduğunu belirtmiştir. Dikmen'in (2012) çalışmasında hemşirelerin %40'ı ağrı yönetimine yönelik ilaç dışı bir yöntem isteminde bulunulmadığını, %22'si ise sadece sıcak-soğuk uygulama isteminde bulunulduğunu ifade etmiştir. Özer ve ark. (2006) çalışmasında "ilaç dışı girişimler orta şiddetli ağrı için etkili olmakta, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir" ifadesini hemşirelerin % 8.5'i doğru cevaplamıştır. Dikmenin (2012) çalışmasında aynı ifadenin doğru cevaplanma oranı %93.7'dir. Yaptığımız çalışmada ise hemşirelerin "ilaç dışı girişimler orta şiddetli ağrı için etkili olmakta, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir" ifadesine az oranda doğru cevaplamıştır. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin yarıya yakını ağrı durumunda soğuk/sıcak uygulama, çok az bir kısmı FTR/TENS order edildiğini belirtmiştir. İlaç dışı uygulamaların hastanın ağrı durumuna göre kullanılıp kullanılmadığı hakkında hemşirelerin bilgi düzeylerinde farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıkların örneklemelerin özelliğinden ve eğitim farklılıklarında ve hemşirelerin literatür takip etme durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastanelerde ilaç dışı uygulamaların order edilme durumunun ise hastanın tedavisine, hastanın ağrısının şiddetine ve hastanede uygulanma durumuna bağlı değişiklik gösterebilir.

Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasında hemşirelerin % 24.3'ü analjeziklerin ağrı başlamadan önce verilmesi gerektiğini doğru cevaplamıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin %67.9'u "analjezikler ağrı başlamadan veya şiddetlenmeden önce verilmelidir" ifadesini doğru cevaplandırmıştır. Ağrının belirlenmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesi olup, ağrı subjektif bir deneyimdir.

Aslan ve Badır (2005) çalışmasında, hemşirelerin % 79.7'sinin hastanın ağrı ifadesine inandığını, % 85.9'u ağrı algısı ve duyarlılığının yaşla birlikte değişmediğini, % 82.8'i ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilen bir patolojiye gereksinim olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu "ağrı kontrolünde, ağrıya neden olan fiziksel veya patolojik nedenler birlikte saptanmalıdır", "ağrıyı en doğru şekilde deneyimleyen kişi anlatır", "ağrı algılaması ve duyarlılığı yaş ile birlikte azalır" ifadelerini doğru cevaplamıştır. Hasta çok çeşitli nedenlere bağlı olarak ağrı deneyimleyebilmektedir. Hemşire tarafından hastaların yaşadıkları sorunların kaynağının ve nedeninin bilinmesi ve zamanında gerekli hemşirelik girişimlerinin uygulanması gerekmektedir. Ağrıya neden olan fiziksel ve patolojik durumların bilinmesi ve hastanın ağrı ile ilgili ifadelerinin değerlendirilmesi soruna yönelik daha etkili ve gerekli uygulamaların yapılmasını sağlayabilmektedir.

Dikmen'in (2012) çalışmasında ağrı skalası kullanma durumu ile çalışılan klinik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, dahili birimlerde ağrı skalası kullanma oranının (%40) cerrahi birimlere (%27.3) göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Özer ve ark. (2006) hemşirelerin hastanın ağrısını değerlendirmek için ağrı skalası kullanma durumu ile çalışılan kliniklerin dağılımını incelemiş ve ağrı skalası kullanmayan hemşirelerin %69.1'nin cerrahi kliniklerde, %30.9'unun da dahiliye kliniklerinde çalıştığını saptanmıştır. Ancak yapılan analizlerde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, cerrahi hemşirelerinin operasyon geçiren hastalarda ağrı deneyimini olağan karşıladıkları ve ağrı skalası kullanma gereksinimi hissetmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Dikmen'in (2012) çalışmasında, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin %93.9'unun, dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin %83.3'ünün ağrı tanılama ve değerlendirme uygulamalarını kaydettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda hemşireler cerrahi ve yoğun bakım ünitelerinde ağrı skalasını daha çok kullandıklarını ve tamamına yakını da hastanın ağrı durumunu değerlendirip kaydettiğini belirtmiştir. Hastanede tedavi gören hastaların birçoğu ağrıyı deneyimlemektedir.

Hastalar cerrahi kliniklerinde genellikle postoperatif ağrıyı çok sık deneyimlerken, dahiliye kliniklerinde kronik hastalıklara ve bazı girişimlere bağlı ağrı yaşanabilmektedir. Bu nedenle bütün kliniklerde hemşireler tarafından hastanın ağrısının her gün değerlendirilmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. Hastanın ağrı durumunu değerlendirmede hasta ifadesi önem taşımaktadır. Hemşirelerin ağrı skalası kullanmama durumları sadece hastanın ifadesinin ve/ veya doktor orderının değerlendirildiğinin göstergesi olabilir.

Akdağ (2008) çalışmasında, ağrı ile ilgili 10 tane bilgi sorusu sormuş ve bilinen soru ortalamasını $3,78 \pm 0,11$ olarak saptamış ve bilgi sorularına ortalamanın üzerinde cevap verenlerin 21–30 yaş grubunda, 1–5 yıl çalışan, lisans mezunu ve ağrı ile ilgili yayın takip eden grup olduğunu belirlemiştir. Çalışmada bilinen soru sayısı ile yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve yapılan ileri analizde farkın 31–40 yaş grubundan kaynaklandığı, bu grubun ortalamanın altında soruya doğru cevap verdiği saptanmıştır. Lai ve arkadaşlarının (2003) 1797 hemşire ile yaptıkları araştırmada ağrı ile ilgili 37 bilgi sorusu sorulmuş, bilinen soru sayısı ortalaması 18,8 olarak saptanmıştır. Bernardi ve arkadaşlarının (2007) onkoloji hemşireleriyle yaptıkları çalışmada 39 bilgi sorusu sorulmuş ve soru sayısı ortalaması $21,4 \pm 5,5$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hemşirelere 21 bilgi ifadesi sorulmuş ve hemşirelerin bilgilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Dikmen(2012) ağrı çalışmasında hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğunu (10.76 ± 1.98) belirtmiştir.

Özer ve ark (2006) hemşirelerin %39.6'sının ağrı tanılması konusunda, %24.7'si ağrı ile ilgili psikososyal konularda, %17.0'side analjezi pompaları gibi teknik konularda bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmiştir. Dikmen'in (2012) çalışmasında hemşirelerin ilk sırada (%41.9) ağrı tanılması, ikinci sırada (%27.6) ağrının farmakolojik yönetimi, üçüncü sırada ise (%15.9) ağrı yönetiminde nonfarmakolojik girişimler konularında bilgiye gereksinim duyduklarını saptamıştır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastanın ağrısını tanımlarken, ağrı yönetimi hakkında yetersiz bilgi, ağrıyı tanılamada yetersizlik ve ağrıyı kontrol etme ve değerlendirmede yeterli zaman bulunamamasından yakındıkları belirlenmiştir (Tanabe P, Buschmann M 2000, Duignan M, Dunn V. 2009, Moceri and Drevdahl 2014).

Çalışmamızda hemşirelerin ağrı ile ilgili sırasıyla “ağrı tanınması”, “ağrının farmakolojik yönetimi” ve “özel popülasyonlarda (kanser ağrısı vb.) ağrı yönetimi” konularında bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır.

Hastaların çoğu tarafından deneyimlenen ağrının hemşire tarafından doğru tanınması ve doğru farmakolojik yönetimin sürdürülebilmesi için hemşireler tarafından literatürün takip edilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar hemşirelerin yeterli düzeyde literatür takip etmediklerini düşündürmektedir.

Sayın (2010) postop ağrı ile ilgili çalışmasında, hemşirelerin %55,8’i eğitimleri boyunca ağrı yönetimine ilişkin eğitim almadıklarını belirtmiştir. Niemi-Murolo’ nun (2007) ameliyat sonrası ağrı yönetimini ve hasta memnuniyetini etkileyen ameliyat öncesi faktörleri incelediği çalışmasında ise, hemşirelerin %83,8’ inin ağrı yönetimi ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Düzel (2008) çalışmasında, hemşirelerin %55,3’ünün lisans dönemi süresince ağrı ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Akdağ’ ın (2008) hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum klinik karar verme durumlarını değerlendirdiği bir çalışmasında, ağrı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin oranının sadece %18,5 olarak çok az bir oranda olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlasının eğitimleri süresince ağrı ile ilgili bilgi aldıkları saptanmıştır. Hemşirelik lisans eğitimleri kapsamında ağrı, ağrının tanınması, ağrıda farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler, ağrısı olan hastaya yaklaşım ve hastaya özgü hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi gibi konular yer almaktadır. Ancak program içerikleri ders saati açısından farklılıklar gösterebilmektedir. Literatürdeki bu farklılıkların hemşirelerin farklı eğitim programlarından mezun olmasına ve konuya ayrılan ders saatinin farklı olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Özer’in (2006) çalışmasında, hemşirelerin ağrı bilgi ve davranış toplam puan ortalaması ile yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Clarke’ın (1996) yaptığı çalışmada, hemşirelerin eğitim durumları ve çalıştıkları bölüm ile ağrı bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yüksek lisans mezunu olan hemşireler ağrı ile ilgili soruların %74’ünü, yüksek lisans mezunu ve onkoloji ünitesinde çalışan hemşirelerin ise soruların %77’sini doğru cevapladıkları belirtilmiştir.

Lai ve arkadaşlarının (2003) 1797 hemşire ile yaptıkları araştırmada ağrı ile ilgili ortalaması yüksek olan hemşirelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu, ağrı ile ilgili eğitim aldığı ve çalışma yılının daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Dikmen (2012)'in çalışmasında hemşirelerin ağrı bilgi ve davranış toplam puan ortalamaları ile hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışılan klinik, çalışılan klinikteki görevi ve çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ve hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğunu (10.76 ± 1.98), ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını saptamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak hemşirelerin çalışma yılı ve çalıştığı klinik ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizlerden çalışma yılı açısından farkı yaratan grupların 1 yıldan daha az çalışan ve 16-20 yıldır çalışan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışılan kliniklerle ilgili yapılan ikili karşılaştırmalarda farkı yaratan grupların dahiliye ve diğer klinikleri ile dahiliye ve genel cerrahi klinikleri olduğu saptanmıştır. 16-20 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ağrı ile ilgili bilgi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Ancak hemşirelerin yaşı arttıkça bilgi puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin bilgi puan ortalaması 14.70 ± 2.25 olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Lisans düzeyinde eğitim görmüş olan hemşirelerin ağrı bilgi puan ortalaması 13.86 ± 2.4 bulunmuş, fakat lisans üstü hemşirelerin bilgi puan ortalaması 13 ± 0 olarak bulunmuştur. Bu farkın lisansüstü hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ağrı ile ilgili kitap-makale okuyan hemşirelerin okumayan hemşirelere göre bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yarısından fazlasının 21-30 yaş aralığında olduğu, büyük çoğunluğunun kadın ve yarısının lisans düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun eğitimi sırasında ağrı ile ilgili bilgi aldığı, yarısından fazlasının da hizmet içi eğitim aldığı tespit edilmiştir (Tablo 1).
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastanın ağrı durumunu hemşire gözlem formuna kaydettiği ve doktorla iletişime geçtiği belirlendi. Hemşirelerin yarısından fazlası ağrıyı azaltmak için doktor tarafından ilaç dışı girişimlerin order edildiğini belirtti (Tablo 2).
- Hemşirelerin yarıya yakınının hastanın ağrı şiddetini tanılamada zorlandığı belirlenmiştir (Tablo 2).
- Hemşirelerin hastaların ağrısı ile ilgili yaşadıkları etik ikilemlerin önem sırası incelendiğinde birinci sırada *“solunum depresyonu ile ilgili endişe”*, ikinci sırada *“fazla miktarda ilaç verme konusunda sorun/ endişe”* duydukları belirlenmiştir (Tablo 3).
- Araştırmamıza katılan hemşireler en çok ile ağrı tanılması ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).
- Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi durumlarının dağılımı incelendiğinde büyük çoğunluğun *“ağrı kontrolünde, ağrıya neden olan fiziksel veya patolojik nedenler birlikte saptanmalı”*, *“yaş, cinsiyet, kültürel yapı ve ağrı algılama eşiği ağrı tolerans düzeyini etkiler”*, *“ağrıyı en doğru şekilde deneyimleyen kişi anlatır”* ifadelerine doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

- Hemşirelerin ağrı ile ilgili yaptıkları uygulamalara bakıldığında; yarıdan fazlasının *“ağrıyı azaltacak yeterli uyku ve dinlenmeyi sürdürdüğü”, “ağrıyı azaltan ve artıran hastaya ait faktörleri belirlediği”, “ağrının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlediği”, “ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne aldığı”* belirlenmiştir (Tablo 6)
- Çalışmamızda ağrı ile ilgili ifadelere doğru cevap verme ortalaması 13.63 ± 2.23 ’dür. Hemşirelerin %49.0’unun ortalamanın altında puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 7).
- İstatistiksel analizlerde hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hemşirelerin çalışma yılı ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmış ve en yüksek bilgi puan ortalamasına sahip olan grubun 16-20yıldır çalıştığı, en az bilgi puan ortalamasına sahip grubun 1 yıldan daha az süredir hemşirelik yaptığı saptanmıştır (Tablo 8). Hemşirelerin cinsiyeti, ağrı ile ilgili bilgi alma durumu, hizmet içi eğitim alma durumu ve medeni hali ile ağrı ile ilgili bilgi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 9).

6.2. Öneriler

Hasta ile en fazla vakit geçirme imkânı olan hemşirenin, ağrı ile ilgili bilgi, uygulama ve klinik karar verme yönünden bilgili ve yetenekli olması hastanın ağrısının giderilmesi ve bakım kalitesinin artması açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirenin bu konuda daha donanımlı hale gelmesi için çalışmamızın sonuçları doğrultusundaki öneriler şunlardır;

- Hemşirelik eğitim programlarında ağrı ile ilgili uygun eğitim saatinin ve içeriğinin planlanması, meslek hayatı boyunca hizmet içi eğitim, kurs gibi eğitim faaliyetleriyle bilginin devamlılığı sürdürülmeli ve çalışma alanlarında alınan eğitimin uygulanıp uygulanmadığı gözlemlenmeli ve gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca verilen eğitimlerin içerikleri güncelleştirilerek; ağrı ile ilgili kullanılan ilaç ve ilaç dışı yöntemler, etik kurallar, ağrının tanımlanması ve değerlendirilmesi konularına ağırlık verilmelidir.
- Ağrı ile ilgili uygulanan girişimler sadece farmakolojik yöntemlerle sınırlı kalmamalı, non-farmakolojik uygulamaların (bağımsız) kullanımı desteklenmelidir.
- Hemşirelerin hasta bakım kalitesini arttırabilmek için ağrı ile ilgili bilgilerinin artırılması ve bilinçli davranışlarının desteklenmesi konusunda hastane yöntemlerinin bilgilendirilmesi önerilmektedir.
- Hasta ve ailesinin ağrı ve ağrı ile baş etme teknikleri konusunda bilgilendirilmesi için eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, uygulama ve klinik karar verme durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın evrenini Şifa Üniversitesi Hastanesi Bornova Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve bu hastaneye bağlı 4 şube oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmemiş evren örneklem olarak kullanılmıştır (n:196). Araştırmada verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikler formu (12 soru) ve literatür taraması sonucunda oluşturulan Ağrı İle İlgili Bilgi Formu (21 soru), Ağrı İle İlgili Uygulama Formu (25 soru) ve Klinik Karar Verme Formu (14 soru) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, One-Way ANOVA, Student- t testi, korelasyon ve ileri analiz için Tukey testi kullanıldı.

Çalışmamızda hemşirelerin ağrı ile ilgili ifadelerine doğru cevap verme ortalaması 13.63 ± 2.23 dür. Hemşirelerin %49.0'unun ortalamasının altında puan aldıkları tespit edildi. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hemşirelerin cinsiyeti, ağrı ile ilgili bilgi alma durumu, hizmet içi eğitim alma durumu ve medeni hali ile ağrı ile ilgili bilgi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hemşirelerin çalışma yılı ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı.

Araştırmamızın sonucunda hemşirelerin ağrı ile ilgili puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelik eğitim programında ders müfredatında ağrı ile ilgili yeterli eğitim saatinin ayrılması, meslek hayatında hizmet içi eğitim, kurs gibi eğitim faaliyetleriyle bilginin devamlılığının sürdürülmesi, hasta ve ailesinin ağrı ve ağrı ile baş etme teknikleri konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Bilgi, Hemşirelik, Klinik Karar Verme, Uygulama.

ABSTRACT

This study was planned as descriptive to determine information about pain, practice and clinical decision making conditions of the nurses.

Target population of the study was Sifa University Hospital Bornova Application and Research Center and 4 units affiliated to this hospital. Sampling was not selected and the target population was used as sampling (n: 196). Identifier characteristics form (12 questions) and information form about pain prepared as a result of literature review (21 questions), application form related to the pain (25 questions) and clinical decision making form (14 questions) were used to collect data of the study. Data were collected by the researcher with the method of face to face interviews. Number, percentage distributions, mean, standard deviation, One-Way ANOVA, Student-t test, correlation were used to evaluate the data and statistical analysis and Tukey test was used for further analysis.

Average of giving the correct answer of the nurses about the expressions on pain is 13.63 ± 2.23 . It is found out that 49.0% of nurses got points below the average. A significant relation wasn't determined between point average of nurses on pain and age, state of educational background and reading book and articles of nurses.

A statistically significant relation wasn't found between gender of the nurses, situation of receiving information on pain, in-service training and marital status and knowledge total score related to pain. A statistically significant difference was determined between working year and knowledge point averages.

In consequence of our study, it was found out that nurses' point averages on the pain are at intermediate level. It is recommended to spare adequate time for training in curriculum of nursing, to maintain continuity of knowledge with training activities in career like service training and course, to give information to patients and their families about techniques of overcoming the pain.

Key Word: Clinical Decision-Making, Implementation, Knowledge, Nursing, Pain.

KAYNAKLAR

Swann, J'why your approach to pain affects quality of life''. *Nursing&residential care* 2010; 12 (10): 487-492.

Twycross, A. Educating Nurses About Pain Management: The Way Forward. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 705-714.

Eti Aslan F., Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı* 2005; 17 (2): 44-51.

Eti Aslan F. Postoperative ağrı. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Eti Aslan F. (Ed.) İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 2006: s. 159-190.

Rahman M.H., Beattie J. Managing postoperative pain. *The Pharmaceatual Journal* 2005; 275: 145-148).

Yılmaz G, Akyol A.D. Yoğun bakım hastalarında ağrı ve kontrolünde hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2009; 6 (1): 27-33.

Tütüncü R. Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J* 2011; 38 (2): 257-262.

Pirbudak Çöçeli L., Bacaksız B.D., Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008; 14: 53-58.

Banning M. A. Review of Clinical Decision Making: Models and Current Research. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 187-195.

Van Niekerk L. M., Martin F. Tasmanian Nurses' Knowledge of Pain Management. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 141-152.

Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Ağrı* 2006; 18 (4): 36-43.

Ay F., Alpar Ş.E. Posoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı* 2010; 22 (1): 21-29.

Taylor A., Stanbury L. A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2009; 20: 188-194.

Büyükyılmaz F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Postoperatif Ağrı Tanılaması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Türkinaz Aştı) 2005.

Aydın O. N. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002; 3 (2): 37 - 48.

Yava, A. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Gata, Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu) 2004.

Kutsal Y. G., Varlı K., Çeliker R., Özer S., Orer H., Aypar Ü., Şahin A., Oruçkaptan H.: Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005; 36 (2): 111–128.

Summers S. Evidence-Based practice. Pain definitions, pathophysiologic mechanisms and theories. *J PeriAnesthesia Nurs* 2000; 15 (5): 357–365.

Kara H, Abay E. Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1 (2): 89–99.

Tütüncü R., Günay H. Kronik ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon, *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J* 2011; 38 (2): 257-262.

Yorulmaz G. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ağrı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Mahmure Aygün) 2012.

Erdine S. *Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.

Ay S, Evcik, D. Nöropatik Ağrı ve Tedavisi. *Romatizma* 2008; 23 (1): 14–17.

Kuğuoğlu S. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Editör Eti Aslan F. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 2006: s. 51-59.

Eti Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6 (1): 9–16.

Akdemir N, Ayvar İ, Görgülü U. Hemşirelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde Yatan ya da Polikliniğe Başvuran Hastaların Ağrı Sorununa Yönelik Yaklaşımları. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi* 2008; 54: 157-163.

Güzeldemir, M. E. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom* 1995; Haziran: 11– 21.

Şahin U. Postoperatif Ağrı Tedavisi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları* 2006; 5–6.

Kılınç M, Öztunç G. Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; 7: (21) 35-50.

Eti Aslan F. Ağrı Doğası ve Kontrolü, Ağrıya İlişkin Kavramlar, Eti Aslan F(Ed.), Bilim Yayınları, 1 Basım, İstanbul, 2006: 46-50.

Snyder Wieland J. Complementary and Alternative Therapies What Is Their Place In The Management Of Chronic Pain. *Nurs Clin N Am* 2003; 38: 495-508.

Kalyon T. A. Akupunktur Tedavisi. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2007; 53 (2): 52–57.

Cabioğlu M. T. Akupunktur İle Ağrı Kontrolü ve Nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi* 2008; 18 (2): 93–98.

Yıldırım K.Y., Fadiloğlu Ç., Uyar M. Palyatif Kanser Bakımında Tamamlayıcı Tedaviler. *Ağrı* 2006; 18 (1): 26–32.

Melek İ ,Serarşlan Y, Duman T. Nöropatik Ağrı Mekanizmaları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2005; 27 (2): 10-97.

Hatem TP, Lira PI, Mattos SS. The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82 (3): 186-92.

Chlan LL, Engeland WC, Anthony A, Guttormson J. Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: a pilot study. *Am J Crit Care* 2007; 16 (2): 141-5.

Eti Aslan F., Sarıyıldız D., Gürkan A., Aygin D. Yetişkin Travma Hastalarında Ağrı Şiddeti ve Analjezi Yaklaşımları. *Ağrı* 2008; 20 (1): 13–18.

Berk H.S. Ö., Bahadır G. Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları. *Ağrı* 2007; 19 (4): 5–15.

Bahar A. Kronik Ağrı ve Psikososyal Yaklaşımlar. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2007; 17 (1): 17–21.

Madenci E., Herken H., Yağız E., Keven S., Gürsoy S. Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi* 2006; 52 (1): 19–21.

Çuhadır D., Sertbaş G. Ağrının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşire Forumu Dergisi* 2006; 5–9.

Sucu G, Dicle A, Saka O. Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Etkileyen Etmenler Ve Karar Verme Modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012; 9 (1): 52-60.

Taşçı S. Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 73–78.

Arşlan S., Çelebioğlu A. Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004; 1 (1): 1–7.

Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 83-92.

Yağız On A. Ağrı Tedavisinde Soğuk Uygulamalar. *Ağrı* 2006; 18 (2): 5 -14.

Akdağ G.R. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Bilgi Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. (Yrd. Doç. Dr. Nimet Ovayolu) 2008.

Yılmaz F., Atay S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 32–41.

Dikmen Y.D., Usta Y.Y., İnce Y., Gel K. T., Kaya M.A. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012; 2 (3): 162-172.

Dikmen Y.D. Ağrı ve Yönetimi: *Hemşirelik Esasları 2*. Editörler. Aştı T.A., Karadağ A. İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık, 2013: s. 633-664.

Tel H. Ağrı, Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı Klinik Beceriler: *Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi*. Editörler. Sabuncu N. Ay F.A. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, 2010: s. 651-674.

McCaffery M, Ferrell B: Clinical decision making survey. http://www.cityofhope.org/prc/pdf/clinical_decision_making.pdf, Erişim Tarihi Ekim 2014.

Aslan F.E. Akut Ağrı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2005; 2 (1): 24-31.

Ertuğrul L. Fizyoloji. 2. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.

Kutner JS, Smith MC, Corbin L, et al: Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008; 149: 369-379

Rojjin Mamuk, Naile İnci Davas. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44 (3), 2010: 137-144

Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, Paul SM, Miaskowski C. Using the American Pain Society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *J Pain* 2006; 7 (4): 272-80.

Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Manag Nurs* 2002; 3 (4): 116-30.

Tewodros Eyob Woldehaimanot, Yohannes Jiregna Saketa, Abera Mulatu Zeleke, Hailay Abrha Gesesew, Tirsit Retta Woldeyohanes. Pain knowledge and attitude: a survey among nurses in 23 health institutions in Western Ethiopia. *Gaziantep Med J* 2014; 20 (3): 254-260.

Joane T. Mocerı, and Denise J. Drevdahl, Tacoma, Wa. Nurses' Knowledge And Attitudes Toward Pain in The Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* January 2014 40 (1): 5-12.

Tanabe P, Buschmann M. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *J Emerg Nurs*. 2000; 26: 299-305.

Duignan M, Dunn V. Perceived barriers to pain management. *Emerg Nurs*. 2009; 16: 31-5.

International Association for the Study of Pain (IASP) Taksonomy. Erişim: www.iasp-pain.org. Erişim tarihi: 29.05.2016.

EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı; Bu soru formu ‘‘ Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Uygulama Ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi ‘’ konulu yüksek lisans tezinin uygulama kısmı ile ilgilidir. Bu araştırmadan elde edilecek veriler akademik çalışma için kullanılacak olup, başka kurum ve kuruluşlara verilmeyecektir. Katkılarınız için şimdiden teşekkürler. AYŞE İDMANLI

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Yaşınız.....

Cinsiyetiniz

Kadın

b) Erkek

Medeni durumunuz

Evli

b) Bekar

4- Çalışma yılınız

1 yıldan az b)1–5 yıl c)6–10 yıl d)11–15 yıl e)16–20 yıl f)20 yıl üstü

5- Eğitim durumunuz

Sağlık Meslek Lisesi

c) Lisans

Ön Lisans

d) Lisansüstü

6- Çalıştığınız Klinik

Genel cerrahi (Günübirlik)

f) Acil

Dahiliye (Kemoterapi/ Diyaliz/ Kardiyoloji)

g) Kan Alma

Yoğun Bakım

h) Poliklinik

Kadın Doğum

i) Diğer

Çocuk Kliniği

7- Göreviniz

Servis hemşiresi

c) Sorumlu hemşire

Yoğun bakım hemşiresi

d) Diğer

8- Hemşirelik eğitiminiz sırasında ağrı ile ilgili bilgi aldınız mı?

Evvet

b) Hayır

Ek 1. (Devam)

9- Ağrı ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?

Evet

b) Hayır

10- Ağrı ile ilgili kitap-makale-araştırma okuyor musunuz?

Evet

b) Hayır

c) Bazen

11- Ağrısı olan hastaya bakım vermekte zorlandınız mı?

Evet

b) Hayır

c) Bazen

12- Ağrısı olduğunu söyleyen hastaya ilk uygulamada ne yaparsınız?

Ağrı kesici veririm(dr isteminde varsa)

Doktoruna haber veririm

Masaj uygularım

Soğuk/ sıcak uygulama yaparım

Hastayı daha sık gözlemlerim

Diğer

Ek 2. Ağrı ile ilgili Bilgi Formu

Aşağıda ağrı ile ilgili ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyup DOĞRU (D), YANLIŞ (Y) şeklinde değerlendiriniz.

AĞRI İLE İLGİLİ İFADELER	
1-Analjezik ilaç dozu ağrının süresine ve ya hastanın alışkanlığına göre ayarlanmalıdır.	Y
2-Analjezik ilaç dozu hastanın gereksinimlerine göre bireyselleştirmelidir.	D
3-Ağrı tedavisinin bir sonraki dozunu vermeden önce, hasta rahatsızlık yaşadığını ifade etmelidir.	Y
4- Analjezik ağrı başlamadan veya şiddetlenmeden önce verilmelidir.	D
5- Aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnflamatuar) ajanlar kanser ağrılarında etkili analjezikler değildir.	Y
6- İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir.	Y
7- Ağrının şiddeti hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir.	Y
8- Uzun zamandır (aylardır) opioid (vücutta morfin gibi etki gösteren kimyasal madde) alan hastalarda nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar.	D
9- Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin ağrı ilaçları ile birlikte değil de yalnız başına kullanması gerekir.	Y
10- Hastanın yaşadığı ağrının Kronik ağrı olabilmesi için en az 6 ay sürmesi gerekir.	D
11-Ağrı duyusu objektiftir.	Y
12- Konfüzyonu olan hastanın ağrı bildirimini dikkate almayız.	Y
13- Ağrıyı en doğru şekilde deneyimleyen kişi anlatır.	D
14- Ağrı kontrolünde, ağrıya neden olan fiziksel veya patolojik nedenler birlikte saptanmalıdır.	D
15- Ağrı belirtisi olarak her zaman fizyolojik ve davranışsal tepkiler görülür.	Y
16- Opioidler postoperatif dönemde orta ve şiddetli ağrıların giderilmesinde etkilidir.	D
17- Ağrı algılaması ve duyarlılığı yaş ile birlikte azalır.	Y
18- Ağrı eşiği, bireyin uyarılabildiği en yüksek uyaran şiddetidir.	D
19- Uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltır.	D
20- Ağrı toleransı bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir.	D
21- Yaş, cinsiyet, kültürel yapı ve ağrı algılama eşiği ağrı tolerans düzeyini etkiler.	D

Ek 3. Ağrı ile ilgili Uygulama Formu

Ağrı İle İlgili Uygulamalar	Yapıyo rum	Az yapıyo rum	Yap mıyo rum
1-Ağrının şiddetini, yoğunluğunu, kalitesini, sıklığını, başlama ve durma zamanını, özelliğini, yerini ve etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendiriyorum.			
2-Özellikle etkili iletişim kuramayan hastalarda rahatsızlık belirtisi olan sözsüz ipuçlarını değerlendiririm.			
3-Ağrı hakkında hastanın inanç ve bilgilerini öğrenirim.			
4-Ağrıya yanıtta kültürel etkileri göz önüne alırım.			
5-Ağrının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlerim (uyku, iştahsızlık, aktivite).			
6-Ağrıyı azaltan ve artıran hastaya ait faktörleri belirlerim.			
7-Hasta ve sağlık bakım ekibi ile birlikte geçmişte kullandığı ağrı kontrol yöntemlerinin etkinliğini değerlendiririm.			
8-Çevresel faktörleri kontrol ederim (oda sıcaklığı, aydınlanma, gürültü).			
9-Ağrıya neden olan veya artıran faktörlerin azaltılması veya ortadan kaldırılması (korku, yorgunluk, bilgi eksikliği)			
10-Ağrıyı hafifletecek farklı yöntemlerin uygulanması (farmakolojik, nonfarmakolojik)			
11-Ağrı yönetimindeki ilkelerin öğretilmesi			
12-Ağrının kaynağına ve şekline göre, ağrı azaltma stratejilerinin seçilmesi			
13-Hastanın kendi ağrısını izlemesi ve uygun girişimde bulunması için cesaretlendirilmesi.			
14-Nonfarmakolojik yöntemlerin (biofeedback, TENS, hipnoz, müzikterapi, hayal etme, aktivite terapisi, sıcak-soğuk uygulama, masaj) kullanımının öğretilmesi			

Ek 3. (Devam)

15-Hastanın şu anda farmakolojik yöntemleri kullanma durumunun belirlenmesi.			
16-Ağrının azaltılmasında farmakolojik yöntemler hakkında eğitim verilmesi.			
17-Hasta, diğlerleri ve diğler sağlık personeli ile nonfarmakolojik uygulamalar için işbirliği yapılması.			
18-Hasta kontrollü analjezik kullanılması.			
19-Ağrı şiddetlenmeden önce ağrı kontrol önlemlerinin kullanılması.			
20-Hasta ile ağrı düzeyinin belirlenmesi.			
21-Ağrı kontrol önlemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi			
22-Hastanın yanıtı temel alınarak ağrı kontrol yöntemlerinin oluşturulması.			
23-Ağrıyı azaltacak yeterli uyku ve dinlenmenin sürdürülmesi.			
24-Ağrı deneyimlerini tartışması için hastanın cesaretlendirilmesi.			
25-Belli aralıklarla ağrı yönetiminde hasta memnuniyeti değerlendirilmelidir.			

Ek 4. Ağrı ile İlgili Klinik Karar Verme Anketi

1. Hastanın ağrı şiddetini tanımlarken aşağıdaki kriterlerden en çok hangisini gözlüyorsunuz?

- a. Hastanın davranışlarını gözlemliyorum.
- b. Hastaya ne kadar ağrısı olduğunu soruyorum.
- c. Hekim notlarındaki bilgileri inceliyorum.
- d. Diğer hemşirelerden sözel olarak aldığım bilgileri değerlendiriyorum.
- e. Diğer.....

2. Hastanın ağrısını ölçmek için ağrı oranlama ölçeği kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

3. Klinikte en çok hangi ağrı kesici ilaçları kullanıyorsunuz?

<u>İlacın Adı</u>	<u>İlacın Veriliş Yolu</u>	<u>İlacın Verilme Sıklığı</u>

4. Order edilen ilaçları verirken neye dikkat ediyorsunuz?

- a. İlacı order edildiğinden daha az sıklıkta veriyorum
- b. İlacı order edildiğinden daha fazla sıklıkta veriyorum
- c. Ağrı için analjezikten başka ilaç veriyorum (Antiemetik, sedatif, uyku ilacı gibi)
- d. Order edildiği şekilde veriyorum

5. Hastanın ağrısı ile ilgili tanılamalarınızı ve değerlendirmelerinizi kayıt ediyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Cevabınız (5. Soruya) “evet” ise nereye kayıt ediyorsunuz?

- a. Hemşire gözlemi
- b. Doktor gözlemi
- c. Diğer.....

Ek 4. (Devam)

7. Kliniğinizde ağrılı hastalar için order edilen ilaç dışı girişimler (yöntemler) var mı?

- a. Sıcak uygulama
- b. Fizyoterapi
- c. Soğuk uygulama
- d. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation=TENS(Dilimize uyarlanmış hali Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu olup deri yüzeyine yakın sinirlerin elektriksel sinyallerle uyarılmasını ifade etmektedir).
- e. Yok
- f. Diğer.....

8. Ağrı konusunda hastanın doktoru ile temasa geçiyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

9. Cevabınız (8. Soruya) “evet” ise;

- a. Ağrıdaki değişiklikleri rapor ediyorum
- b. İlaç miktarını arttırma gereksinimini tartışıyorum.
- c. İlaçta veya verilmiş yolundaki değişiklik gereksinimini tartışıyorum.
- d. İlaçların yan etkilerini (örn: bulantı) tartışıyorum.

10. Hastanın ağrısını hafifletmede, herhangi bir engel/problemlerle karşılaşıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

11. Cevabınız (10. Soruya) “evet” ise aşağıdaki durumlardan hangisi veya hangileri ile problem yaşıyorsunuz?

- a. Zaman
- b. Hemşirelerin bilgisi
- c. Hekimlerin bilgisi
- d. Hasta ve ailenin bilgisi
- e. Yetersiz ilaç order edilmesi
- f. Hekim işbirliği
- g. İlaç almada hasta işbirliği

Ek 4. (Devam)

12. Hemşirelerin sıklıkla hastaların ağrıları konusunda karar vermeleri gerekebilir. Hastanın ağrısı ile ilgili hangi durumlarda karar vermek zorunda kalıyorsunuz?

- a. Hastanın ağrısını tanılamada
- b. Hastanın ağrı şiddetini tanılamada
- c. Hastaya verilecek ilaçlar hakkında
- d. Hastaya verilecek ilaçların zamanı hakkında

13. Hemşireler bazen hastanın ağrısının giderilmesinde ikileme düşmektedir. Düşüğünüz mesleki etik ikilemleri en önemlisinden en önemsizine doğru numaralandırarak sıralayınız (en önemlisi: 1, en önemsizi: 9).

- () Fazla miktarda ilaç verme konusunda sorun/endişe
- () Az miktarda ilaç verme konusunda sorun/endişe
- () Hastanın ağrısının yeterli oranda geçiremediğini hissetme
- () Bağımlılık konusunda endişe
- () Solunum depresyonu ile ilgili endişe
- () Hastanın ağrısının olduğunu bilme ve bunu kabul etmeme
- () Ağrının gerçek olduğundan şüphelenme
- () Doktorla çatışma
- () Hasta veya aile ile çatışma

14. Ağrı yönetimi ile ilgili gereksinim duyduğunuz bilgi konularından 3 tanesini belirtiniz. En önemlisinden başlayarak (1, 2, 3..) şeklinde sıralayınız.

- () Ağrı tanılaması
- () Ağrının farmakolojik yönetimi
- () Analjezik pompaları gibi teknik konular
- () Non-farmakolojik(ilaçsız) girişimler
- () Ağrı ile ilgili psikososyal konular
- () Özel popülasyonlarda (kanser ağrısı, ramatolojik ağrı v.b) ağrı yönetimi

Ek 5. Ölçek İzin Formu

Kimden: **serap ozer** (serap.ozer@ege.edu.tr)
Gönderme tarihi: 27 Eylül 2014 Cumartesi 05:09:29
Kime: **Ayşe İDMANLI** (ayseidmanli@hotmail.com)
1 ek
ağrı anket.rtf (441,0 KB)

Ayşe Hanım merhabalar;

ölçeği çalışmanızda yayınıma atıf yapmak suretiyle kullanabilirsiniz. çalışmanız tamamlandıktan sonra da sonuçlarınızı paylaşırsanız çok sevinirim. ölçeği ekte gönderiyorum.

çalışmanızda başarı ve kolaylıklar diliyorum.

sevgi ve saygılarımla...

Yrd. Doç. Dr. Serap ÖZER
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Kimden: "Ayşe İDMANLI" <ayseidmanli@hotmail.com>
Kime: "serap ozer" <serap.ozer@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 27 Eylül Cumartesi 2014 11:00:42
Konu: Bilgi isteği

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Ayşe İDMANLI tarafından yürütülen “**Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi**” konulu **araştırmanın** uygulama kısmına davet ediyoruz. Bu araştırmaya katkıda bulunup bulunmamaya karar vermeden önce, araştırmanın neden yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması çok önemlidir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz lütfen bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya **katıldıktan sonra** herhangi bir anda **çıkma** hakkına da sahipsiniz. **Çalışmayı anketini cevaplandırmanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formdaki soruları yanıtlarken kimsenin etkisi altında olmadan hür iradenizle yanıtlayınız. Bu formlardan elde edilecek veriler akademik çalışma için kullanılacak olup başka kurum ve kuruluşlara hiçbir nedenle verilmeyecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Klinik Karar Verme Durumlarını Belirlemektir.

Araştırmanın Özelliği: Tanımlayıcı Özelliindedir

Araştırmanın Nedeni: Yüksek Lisans Tez Çalışması

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20-30 dk.

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Yataklı Şubeleri

Çalışmaya Katılım Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katkıda bulunmam istenen çalışmanın amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında gerekli açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma imkanı buldum ve tatmin edici cevaplar aldım.**

Ek 6. (Devam)

Bu çalışmayı istediğim zaman, bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda adı geçen araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir nüshası bana verildi.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

X

Ek 7. Etik Kurul Onay Formu



ŞİFA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN ETİK KURUL BAŞVURU KARAR FORMU

1. Araştırmanın Tam Adı / Referans No: 208 – 57

19.09.2014

Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Uygulama ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi

2. Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı	Unvanı ve Uzmanlık Alanı	Çalıştığı Kurum	Telefon ve Mail Adresi
Ayşe İDMANLI	Öğrenci / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans	Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	5058187787 ayseidmanli@hotmail.com
Sağlık Bakanlığına başvurulmasına gerek var mı?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

3. Şifa Üniversitesi Etik Kurul Başvurusu Kararı

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 17.09.2014 tarih ve 57 nolu toplantısına sunulan araştırma dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup bilimsel ve etik ilkelere uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

4. Şifa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Üye Listesi

Prof. Dr. Hüseyin VURAL (Etik Kurul Başkanı)	Yrd. Doç. Dr. Nazım İNTEPE (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)
Prof. Dr. E. Alp ALAYUNT Üye	Prof. Dr. Yavuz AKBAŞ Üye
Prof. Dr. Hakan MOLLAOĞLU Üye	Prof. Dr. Serkan GÜÇLÜ Üye
Prof. Dr. Fehmi ÖZGÜNER Üye	Doç. Dr. Mustafa GÖREGEN Üye
Yrd. Doç. Dr. Ömer DEMİR Üye	Yrd. Doç. Dr. İbrahim Eren AKÇİÇEK Üye
Yrd. Doç. Dr. Murat YALÇIN Üye	Avukat İsmail SARI Üye
Alaattin ŞAHİN Üye	Mehmet ÇELİK Üye

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1984 yılında İzmir/Kınık'da doğmuştur. Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2005 yılında İzmir şifa Üniversitesi Hastanesinde Yoğun Bakım hemşiresi olarak görevine başlamış, 2014 yılından itibaren yoğun bakım sorumlu hemşiresi olarak görevine devam etmiştir.

