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

HEMŞİRE VE HASTALARIN POSTOPERATİF AĞRI DEĞERLENDİRMELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Vecihe DÜZEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Necdet AYTAÇ

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ASYO2007YL4 no' lu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:……

ADANA - 2008

KABUL VE ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 18/ 08/ 2008

İmza
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Adana Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

İmza
Doç. Dr. Hayri ÖZBEK
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Algoloji Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun …../…./…….. tarih ve ..... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Halil KASAP
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde değerli katkı ve yardımlarından dolayı danışman öğretim üyesi hocam sayın Prof. Dr. Necdet AYTAÇ' a, yüksek lisans programına başlamama fırsat veren ve öğrenimim süresince her konuda desteğini esirgemeyen, özellikle konunun seçiminde bana yardımcı olan hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ' a, çalışmamda bana değerli rehberlik eden hocam sayın Doç. Dr. Hayri ÖZBEK' e, yüksek lisans eğitimimde sevgi ve desteğini benden hiç esirgemeyen arkadaşım sayın Hakan GÜNDÜZ' e, sınırsız sevgi ile eğitimime devam etmem için bütün imkanları sağlayan çok değerli babam, annem ve kardeşlerime, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi hemşireleri ve yöneticilerine ve araştırmaya katılan hastalara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ii
TEŞEKKÜR iii
İÇİNDEKİLER iv
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
ÇİZELGELER DİZİNİ viii
ÖZET x
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ 1
2. AĞRI 3
2.1.Ağrının Tanımı ve Tarihçesi 3
2.2.Ağrı Sınıflaması 4
2.2.1. Fizyolojik- klinik ağrı sınıflandırması 4
2.2.2. Süresine göre ağrı sınıflandırması 5
2.2.2.1.Akut ağrı 5
2.2.2.2.Kronik ağrı 6
2.2.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması 7
2.2.3.1.Somatik ağrı 7
2.2.3.2.Visseral ağrı 7
2.2.3.3.Sempatik ağrı 8
2.2.4. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması 8
2.2.4.1.Nosiseptif ağrı 9
2.2.4.2.Nöropatik ağrı 9
2.2.4.3.Deafferentasyon Ağrısı 9
2.2.4.4.Reaktif ağrı 10
2.2.4.5.Psikosomatik Ağrı 10
2.3.Ağrı Ölçüm Yöntemleri 11
2.3.1.Akut Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi 13

2.3.1.1. Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri 14
2.3.1.2. Multiple Ölçütlü veya Çok Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri 15
2.3.1.3. Objektif Kriterli Ağrı Değerlendirme Yöntemleri 16
2.3.2.Kronik Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi 16
2.4. Postoperatif Ağrı 18
2.4.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi 18
2.4.2. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler 19
2.4.3. Postoperatif Ağrının Fizyolopatolojik Etkileri 19
2.4.3.1. Sistemler Üzerine Etkileri 20
2.5. Postoperatif Ağrı Tedavisi 21
2.5.1. Postoperatif Ağrının Farmakolojik Kontrolü 21
2.5.2. Analjezik Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları ve Bu Sorumlulukları Yerine Getirmesinde Hemşirelik Sürecinin Kullanımı 21
2.5.2.1. Hastanın Ağrısının Olup Olmadığı Konusunda Verilerin Toplanması ve Yorumlanması 22
2.5.2.2. Ağrının Tanılanması ve Ağrının Olup Olmadığına Karar Verme 23
2.6.Ağrı ve Etik 25
2.6.1. Ağrı Tedavisi - Bir Hasta Hakkıdır 25
2.6.2. Bilgilendirme 26
2.6.3. Onay 26
2.6.4.Bakım ve tedavi 27
2.6.5. Analjezik Tedavilerin İstenmeyen Etkileri 27
2.6.6. Yarar-Zarar 28
2.7. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü 29
3. GEREÇ ve YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 31

3.3.1. Araştırmanın Evreni 31
3.3.2. Örneklem Seçimi 31
3.4. Verilerin Toplanması 32
3.4.1. Hastalara Yönelik Anket Formu 32
3.4.2. Hemşirelere Yönelik Anket Formu 32
3.4.3. McGill - Melzack Ağrı Soru Formu 33
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 34
3.7. Araştırma Etiği 34
4. BULGULAR 35
4.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler 35
4.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler 37
4.3. Hemşirelerin ve Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması 39
5. TARTIŞMA 59
5.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi 59
5.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi 61
5.3 Hemşirelerin Ve Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılmasının İncelenmesi 63
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 70
6.1. SONUÇLAR 70
6.2. ÖNERİLER 73
7. KAYNAKLAR 74
EKLER
EK – 1 78
EK – 2 79
EK – 3 80
EK – 4 81
ÖZGEÇMİŞ 82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Hemşire ve Hasta Bölüm 1 Puanlarının Uyumu 39

Şekil 4.2. Bölüm 2 (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Farkları 41

Şekil 4.3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı 43

Şekil 4.4. Hastaların Cinsiyetine Göre Bölüm 3 / 1-3 Puan Dağılımı 47

Şekil 4.5. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 3 / 3 Dağılımı 50

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri 36

Çizelge 4.2. Hastaların Sosyo – Demografik Özellikleri 38

Çizelge 4.3. Hemşire ve Hasta Bölüm 1 Puanlarının Uyumu 39

Çizelge 4.4. Hemşire ve Hasta Bölüm 2, Bölüm 4 Puanlarının Uyumu 40

Çizelge 4.5. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı 41

Çizelge 4.6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı 42

Çizelge 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm1 Puan Dağılımı 44

Çizelge 4.8. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/1-1 Puan Dağılımı 45

Çizelge 4.9. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/1-2 Puan Dağılımı 46

Çizelge 4.10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/ 1-3 Puan Dağılımı47

Çizelge 4.11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/2 Puan Dağılımı 48

Çizelge 4.12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/3 Puan Dağılımı 49

Çizelge 4.13. Hastaların Cinsiyetine Göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı 51

Çizelge 4.14. Hastaların Geçirilmiş Operasyonlarına Göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı 51

Çizelge 4.15. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı 52

Çizelge 4.16. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm1 Puan Dağılımı 53

Çizelge 4.17. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/ 1 - 1 Puan Dağılımı 53

Çizelge 4.18. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm 3/ 1 - 2 Puan Dağılımı 54

Çizelge 4.19. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/ 1 - 3 Puan Dağılımı 55

Çizelge 4.20. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-1 Puanlarının Uyumu 56

Çizelge 4.21. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-2 Puanlarının Uyumu 56

Çizelge 4.22. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-3 Puanlarının Uyumu 57

Çizelge 4.23. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/2 Puanlarının Uyumu 57

Çizelge 4.24. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/3 Puanlarının Uyumu 58

ÖZET

Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, hemşirelerin ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerindeki uyumun karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Bilimlerine ait, Genel Cerrahi servisi 1 ve 2, Ortopedi servisi, Jinekoloji servisi, Üroloji servisi ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi servisinde yapılmıştır. Bu kliniklerde görev yapan 47 hemşire ve hemşirelerin bakımını üstlendiği postoperatif ilk 48 saat içinde bulunan, 18 – 65 yaş aralığında ve genel anestezi almış olan 94 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Ağrı hoşa gitmeyen duyudur. Hastanın konforunu, düşünmesini, uyumasını, duygularını, normal günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Ağrı deneyimi yaşayan kişi ağrısını ifade eder, ağrının varlığını nerede olduğunu kişinin kendisi söyler. Çünkü ağrı çeşitli, kişisel, tam olarak tanımlanması ve önleminin alınması zor bir deneyimdir, sağlık çalışanları mutlaka dikkatli olmalı kişisel duyularını tedaviyle karıştırmamalıdırlar. Bu nedenle ağrı yönetiminde ilk ve en önemli adım ağrının değerlendirilmesidir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaş ortalamasının 28.28, mesleki deneyim yılı ortalamasının 7.07, birimdeki deneyim yılı ortalamasının 5.09, % 59.5'inin lisans mezunu, % 68.1'inin geçirilmiş operasyonu olmadığı, % 80.9'unun ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgisinin olduğu, % 55.3'ünün bu bilgiyi lisans eğitiminde almış oldukları saptanmıştır.

Hastaların yaş ortalamasının ise 44.68 ve % 62.8'inin kadın olduğu, % 57.0'sinin evli, % 34'ünün ilkokul mezunu, % 41.5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. % 55.3'ünün geçirilmiş operasyonları olduğu, % 43.6'sının orta büyüklükte operasyon geçirdiği % 59.6'sının postoperatif 1. günde olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda ağrı değerlendirme soru formunun 1, 2, 3 ve 4. bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir, 1. bölüm; g = 0 732, p < 0.001, 2. bölüm; g = 0.346, p = 0.001, 3/ 1-1. bölüm, g = 290, p = 0.063, 3/ 1-2 bölüm; g = 380, p = 0.008, 3/ 1-3 bölüm; g = 357, p = 0.007, 3/2 bölüm; g = 209, p = 0.031, 4. bölüm g = 346, p < 0.001.

Anahtar kelimeler: Ağrı değerlendirmesi, Hemşirelik, McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF), Postoperatif ağrı, Postoperatif ağrı tanımlaması.

ABSTRACT

Nurses and Patients Postopertaive Pain Assessment Comparision

The study sample is formed of 94 patients who treat and 47 nurses who working in Çukurova University Balcalı Hospital general surgery clinic 1 and 2, orthopedics clinic, gynecology clinic, urology clinic, plastic and reconstructive surgery clinic. This study has been planned descriptionally with the aim of nurses' and patients' postoperative pain assessment relation to compare.

Pain is an unpleasent sensation that can disturb a patient's comfort, thought, sleep, emotion, normal daily activity and quality of life. Pain is whatever the experiencing person says it is, existing wherever he or she says it does. Because pain is variable and personal experience and is difficult to completely describe and measure objectively, the clinician must be careful not to let the personal biases interfere with treatment. For this reason the assessment is the most important and the first step in pain management.

It is discovered that average of nurses' ages was 28.28, average of their professional experience was 7.07, average of their clinical experience was 5.09, % 59.5 were university graduates, % 68.1 with hadn't former experience operation, % 80.9 had obtain information about pain and pain management, % 55.3 had this pain and pain management information university educations.

It is discovered that average of patients' ages was 44.68, % 62.8 were female, % 57 married, % 34 primary education graduates, % 41.5 housewife, % 55.3 with former experience operation and % 43.6 had undergone of middle operation, % 59.6 was in the first day operation.

According to the result of investigation, the data gathered McGill Melzack Pain Questionnaire Forms part 1,2,3 and 4 nurses point with patients point relative each other. Part 1; $g = 0\ 732$, $p < 0.001$, Part 2; $g = 0.346$, $p = 0.001$, Part 3/ 1-1 , $g = 290$, $p = 0.063$, Part 3/ 1-2; $g = 380$, $p = 0.008$, Part 3/ 1-3; $g = 357$, $p = 0.007$, Part 3/2; $g = 209$, $p = 0.031$, Part 4; $g = 346$, $p < 0.001$.

Key Words: Assesment of pain, Nursing, McGill Melzack Pain Questionnaire Form (MPQF), Postoperative pain, Postoperative pain assessment.

1. GİRİŞ

İnsanoğlunun düşünmeye başlaması ile kafasını kurcalayan temel sorunların başında ağrı gelmiş ve bu sorun günümüze dek insanoğlunun en önemli uğraşları arasında yer almıştır [1, 2].

Ağrı kavramı son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmuştur. Tıp, hemşirelik ve davranış bilimlerinde yapılan ağrı çalışmalarına rağmen hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısı yeterince dindirilememektedir. Sözü edilen bu eksikliğin nedenlerinden birisi ağrı kavramının insanlık tarihi kadar eski olmasına karşın ağrı biliminin yeni gelişmekte olan bir bilim dalı olması, diğer önemli nedeni ise hekim ve hemşirelerin ağrı tanılama ve yönetimi konusunda bilgi yetersizliğinin olmasıdır. Bu durum yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir [1, 3, 4, 5, 6].

Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına kıyasla hastalarla daha uzun süre birlikte olmaları, hastayı rahat ettirme ve ağrılarını iyileştirmede primer rolleri nedeniyle doğru ağrı değerlendirilmesi konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar [6, 7, 8].

Ağrının doğru değerlendirilebilmesi için ağrının tam olarak tanımlanması ve ağrıyla etkin baş etme yöntemlerinin bilinmesi gereklidir[7, 9, 10, 11].

Ağrı her zaman için özneldir. Bu nedenle algılanması kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilir. Objektif uyaranların yanı sıra bireysel özellikleri bireyin ağrıya yanıtında önemli rol oynar. Bu yüzden ağrılı bir uyarana karşı yanıtta kişiden kişiye farklılıklar görülür.

Ağrıyla ilgili olarak bildiklerimiz;

Ağrı yönetimi ve tedavisindeki tüm gelişmelere rağmen ameliyat sonrası ağrı hala önemli bir klinik durumdur.

Doğru postoperatif ağrı değerlendirmesi etkili ağrı yönetimi için çok önemli bir noktadır [3, 12, 13,] .

Ağrı deneyimi dinamiktir ve bunu anlamak hemşirenin sorumluluğundadır [12]. Hemşireler ağrı yönetimi ve ağrının hafifletilmesinden etik olarak sorumludurlar. Etkili bir ağrı yönetiminin amacı; sadece fiziksel rahatsızlığı azaltmak değil, aynı zamanda erken ayağa kaldırma ve işe dönme, klinikte kalma süresinin daha kısa olması ve sağlık bakım giderlerini en aza indirmeyi sağlamaktır [1, 8, 12, 14].

Bu çalışmanın amacı;

Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ağrıyı hemşirelerin hastalarla benzer doğrultuda değerlendirip değerlendiremediklerini,

Hasta ve hemşirelerin ağrı değerlendirmelerini etkileyen bireysel faktör değişkenlerinin incelenmesidir.

2. AĞRI

2.1.Ağrının Tanımı ve Tarihçesi

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divan ü Lügat-it Türk adlı ilk sözlüğümüzde (XI. yüzyıl), "ağrımak" ve "ağrığ" kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe'de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu canlılığa zorunlu olarak eşlik eder [11, 13].

Latince ceza, işkence, intikam anlamında "poena" sözcüğünden gelen ağrı (pain), tanımı oldukça güç bir kavramdır. Subjektif bir algılama olan ağrının çok farklı tanımları yapılmıştır [11, 13].

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre; Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, subjektif, primitif protektif deneyimleri ile ilgili, sensoryal, hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şeklidir [3, 6, 8, 11, 12, 15, 16, 17,

Ağrı her zaman kişiye özneldir. Bu nedenle kişiden kişiye büyük farklılıklar taşır[18, 19, 20]. İnsanoğlu doğduğu andan başlayarak birçok uyaranla karşı karşıya gelir. Dini, dili, cinsiyeti, kültürü onun emosyonel yapısını oluşturur. Objektif (nesnel), uyaranların yani sıra bu sübjektif özellikleri onun ağrı eşiği adını verdiğimiz, ağrıya karşı yanıtında önemli rol oynar. İşte bu yüzden ağrılı bir uyarana karşı yanıtta kişiden kişiye farklılıklar görülür [3].

Yukarıdaki tanımlamada yer alan önemli öğelerden bir tanesi, olası bir doku hasarının bulunup bulunmamasıdır. Birçok kronik ağrıda (migrende ya da trigeminal nevraljide) belirgin objektif bir bulgu elde edilemeyebilir. Ancak bu durum hastanın yakınmasının psikolojik olduğu anlamına gelmez. Bu tip ağrıları hemen psikojenik kökenli ağrılar olarak tanımlamak doğru değildir. Ağrının önemli bir özelliği duysal, yani sinir lifleri ile taşınan objektif bir olgu olması, diğer bir özelliği ise emosyonel, yani yukarıda sözü edilen diğer tüm öğelerden etkilenmesidir. Tüm bu özellikleri, ağrıyı diğer birçok semptomdan farklı olarak, öznel yani kişiye özgü hale getirir [6, 8, 11, 12, 13, 17].

2.2.Ağrı Sınıflaması

Ağrıyı değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflanması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır. Ağrıyı:

- **a.** Fizyolojik - klinik,
- **b.** Süresine göre,
- **c.** Kaynaklandığı bölgeye göre,
- **d.** Mekanizmalarına göre, sınıflamak mümkündür [13, 21, 22, 23].

2.2.1. Fizyolojik- klinik ağrı sınıflandırması:

Fizyolojik ağrı, yoğun ağrılı uyarana karsı koruyucu bir yanıttır. Ateşten ya da vücuda zarar verecek, tahribata yol açacak uyaranlardan kaçmak için nosiseptörlerin uyarılması ile birlikte bir kaçma kurtulma reaksiyonu baslar. Bu nedenle fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir [21,].

Klinik ağrıda ise olaya birçok fizyopatolojik süreç katılır. Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır. Uyarılar bu reseptörlerle spinal korda taşınır, oradan da spinotalamik yollarla beyne iletilir. Ağrı duyulur, düşünce bilgi ve geçmiş deneyimlere dayanılarak ağrı kaynağının yeri bulunur ve davranış geliştirilir[13, 21, 22, 23].

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile baslar. Ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyaranlara yanıt veririler[24, 25].

Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olayların bütününe “nosisepsiyon” adı verilmektedir [26, 27].

Nosisepsiyon dört fizyolojik süreci içerir:

a) Transdüksiyon: Duyusal sinir uçlarında kimyasal, termal ve mekanik uyaranların elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir. Periferde gerçekleşir.

b) Transmisyon: Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Periferde gerçekleşir.

c) Modülasyon: Ağrılı uyaranın spinal kord düzeyinde bir değişime uğraması ve

bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmesidir. Spinal kortta gerçekleşir.

d) Persepsiyon (Algılama): Diğer aşamaların bireyin psikolojisi ile etkileşimi, subjektif ve emosyonel deneyimleri sonucu gelişen son asamadır. Bu aşamada ağrı algılanır. Üst merkezlerde gerçekleşir[13, 23, 26].

İçi boş organların gerilmesi, kas spazmı, iskemi gibi durumlarda şiddetli ağrıya neden olur. Bunlar genellikle o bölgeye yeterli kan akımının olmaması ile oluşan ağrılardır[12, 18, 28].

2.2.2. Süresine göre ağrı sınıflandırması:

Süresine göre ağrıyı, akut ve kronik ağrı olarak sınıflayabiliriz. Ağrının tıpta ayrı bir dal, algoloji olarak gelişmesinde bu sınıflamanın büyük yararı olmuştur[13, 21, 22, 23].

2.2.2.1.Akut ağrı

Akut ağrı ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir [18, 29].

Akut ağrı bir hastalık tablosu, bir hastalık değil, bir semptomdur [30]. Akut ağrıyı da kendi içinde beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak ikiye ayırabiliriz. Beklenen ağrı, önceden tahmin edilen ve koruyucu tedbir alınabilen ağrıdır. Örneğin, diş çekimi, doğum ve ameliyat sonrası ağrıları gibi. Çeşitli kırık, yanık ve travmalarda görülen, beklenmeyen ağrıda ise ağrı eşiği yüksek olabilir. Bu ağrılarda ilginç bir durum, hastanın her zaman büyük bir ağrı çekmeyebilmesidir. Örneğin, savaşta yaralanan askerler başlangıçta ağrı duymayabilirler [18, 23, 27, 29].

Akut ağrının hem tıbbi, hem toplumsal sonuçları vardır. Akut ağrının, özellikle postoperatif ağrının dindirilmemesi, hastanın hastanede kalış süresini uzatır, üretkenliğini azaltır ve uzun süre toplum dışı kalmasına yol açar [1, 8, 12, 14].

Travma sonrasında solunum bozuklukları, hastanın öksürememesi, kalp yükünün artması, kan basıncının yükselmesi ve hayati organların kan akımlarında bozukluklar ortaya çıkabilir[18].

Postoperatif ağrı tıpta ağrı konusundaki bunca gelişmeye rağmen hala hem tıbbi, hem de toplumsal bir sorun olmaya devam etmektedir. Eldeki ağrı kontrol yöntemleri ile hiçbir hastanın ameliyat sonrasında ağrı çekmemesi gerekir.

Buna karşın hem hekimlerden hem de diğer sağlık personelinden kaynaklanan bilgi ve ilgi eksiklikleri nedeniyle hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümü ameliyat sonrasında ağrı çekmektedir[21].

Ameliyat sonrası ağrılar cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren bir akut ağrı biçimidir. Postoperatif ağrıda çeşitli etkenler rol oynar. Bunlardan:

- Ameliyat yeri, süresi, özelliği, insizyon tipi, intraoperatif travmanın derecesi;
- Hastanın ameliyata fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlanması;
- Ameliyat ile ilgili ciddi komplikasyonlar;
- Anestezi uygulamaları;
- Ameliyat sonrası bakımın niteliği ve kalitesi;
- Hastada ameliyat öncesi görülen ölüm korkusu;
- Fiziksel güçsüzlük korkusu;
- Anestezi korkusu;
- Cerrahi korkusu;
- Ağrı korkusu;
- Hastane korkusu önemli etkenlerdir.

Hastanın ameliyat öncesinde hazırlanması, ameliyat ve anestezinin ayrıntılı olarak anlatılması, ameliyat sonrası uygulanacak ağrı kontrol yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir. Her hastanın ağrıya yanıtı farklıdır.

Kişilik yapısı, geçmişteki deneyimleri ağrıya karsı yanıtta önemli rol oynar. Bu nedenle her hastanın ayrı ele alınması ve değerlendirilmesi gerekir. Ameliyatın yeri ağrının şiddetini etkiler; örn. toraksa ve üst batın ameliyatları, ekstremite ameliyatlarından daha ağrılıdır[2, 18, 31, 32].

2.2.2.2.Kronik ağrı

Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun aylar, hatta yıllar boyu, aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilir[13, 21].

Çeşitli kronik ağrılar akut ağrılardan daha farklı bir biçimde, endüstri toplumlarının sağlık sistemlerinde tedavi maliyetlerini yükselten bir ekonomik boyut

içerir hale gelmektedir. Dünyada her yıl kronik ağrıya bağlı olarak 700 milyon işgünü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği tahmin edilmektedir [6, 33].

Kronik ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli diğer bozukluklar kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir[34].

Kronik ağrılara bağlı olarak:

· Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
· Libido ve seksüel aktivite azalması,
· İştahsızlık ve kilo kaybı,
· Kabızlık,
· Psikomotor bozukluklar,
· Irritabilite artışı,
· Hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da ortaya çıkar.

Ağrılı hastanın ekip bilinci ile ele alınması hem hastanın ağrısının çok daha kısa sürede dindirilmesini hem de zaman ve maddi açıdan daha az kayba uğramasını sağlar[18, 19, 20, 31, 33, 35, 36].

2.2.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması

1. Somatik,
2. Visseral,
3. Sempatik ağrı biçiminde yapılır.

2.2.3.1.Somatik ağrı

Somatik ağrı, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak adlandırılır [1, 24, 37].

2.2.3.2.Visseral ağrı

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organların tümü ağrıya karşı her zaman hassas değildir; örn; bağırsaklar. Bağırsaklarda meydana gelen gerilme organların çeperinde bulunan sinir liflerini uyararak ağrıya yol açabilir.

İç organlardan kaynaklanan ağrılar genellikle künttür, yavaş artar, kolay lokalize edilemez, başka bölgelere doğru yayılır; (Örn: Pankreas ağrısının sağ omuza yayılması, apandisit ağrısının göbeğe yayılması, miyokarddan kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi) yansıma bölgeleri vardır. Ayni biçimde her organa özgü deri bölgelerinde aşırı hassasiyet vardır [24, 37, 38].

2.2.3.3.Sempatik ağrı

Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin işin içerisine girdiği/tutulduğu ağrılardır. Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır [13, 21].

Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar [23].

Sempatik ağrıların en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda uzun süre çıplak kalındığındaki gibi yanma ile üşüme arasında bir his tanımlar. Ağrı özellikle geceleri artar. Damarlardan kaynaklanan ağrılar, kozalji dediğimiz yanma tarzındaki ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir [24, 37, 38].

2.2.4. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması:

Ağrı alanında önemli bir diğer sınıflama; ağrının mekanizmalarına göre sınıflanmasıdır. Bu sınıflama biçimi, ağrı tedavisine yeni boyutlar kazandırmıştır.

Ağrının belirli bir mekanizmayla ortaya çıkması gibi, analjezikler de belirli biçimlerle, belirli mekanizmalarla etkili olurlar. Bu nedenle, ağrının mekanizmasının ve ağrı kesicilerin etki mekanizmasının bilinmesi ağrının çok daha kısa sürede ve daha etkin bir biçimde tedavisine olanak sağlar [13, 21, 22, 23].

Mekanizmalarına göre ağrı aşağıdaki biçimde sınıflanabilir:

1. Nosiseptif ağrı
2. Nöropatik ağrı
3. Deaferantasyon ağrısı
4. Reaktif ağrı
5. Psikosomatik ağrı

2.2.4.1.Nosiseptif ağrı

Nosiseptif ağrı fizyopatolojik bir takım olayların ve süreçlerin nosiseptör adını verdiğimiz ağrı algılayıcılarını uyarmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Nosiseptörlerin çeşitli somatik kökenli ağrılarda Visseral ağrılarda olduğu gibi uyarılmasıyla genellikle ağrı olarak bildiğimiz ve tanımladığımız ağrı ortaya çıkar. Nosiseptif ağrının tedavisinde çeşitli periferik etkili analjezikler (nonsteroid antiinflamatuarlar), opioidler gibi merkezi etkili analjezikler kullanılabilir[13, 21].

2.2.4.2.Nöropatik ağrı

Nöropatik ağrı, periferik sinirlerde, incinme veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan bir ağrıdır. Disk hernisinde olduğu gibi mekanik bir incinme doğrudan nöropatik ağrıya yol açabilir. Ya da diyabetik nöropatilerde olduğu gibi salgılanan çeşitli metabolikler sinir dokusu üzerine etkileyerek nöropatik ağrıya yol açabilir[13, 21, 22].

Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyaranlar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar.

Tekrarlayan uyaranlar ağrının daha fazla artmasına yol açar. Ağrı o anda doku harabiyeti oluşturan patolojinin devam etmemesine rağmen mevcuttur[24, 26, 30].

Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme gibi hisler mevcuttur. Ağrı, tahribata neden olan olaydan hemen sonra değil, daha sonra ortaya çıkabilir [21].

Nöropatik ağrının tedavisinde bildiğimiz ağrı kesiciler çoğu kez yeterli olmazlar. Bu durumda merkezi etkili antidepresanlar, sedatifler gibi ikincil analjezik adını verdiğimiz diğer ilaç gruplarının desteğine ihtiyaç vardır[13, 21, 22, 23].

2.2.4.3.Deafferentasyon Ağrısı

İlginç ağrı tiplerinden birisi de deafferentasyon ağrısıdır. Periferik veya MSS'deki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyaranların MSS'deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Deafferentasyon ağrılarına örnek olarak brakial pleksus avülsiyonu, postherpetik nevralji, travmatik paraplejiler, fantom ağrısı verilebilir.

Normalde önce omuriliğe daha sonra merkez sinir sistemine ileti, sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir. Bir anlamda sinirin elektriksel deşarjında kısa devreler meydana gelmekte ve bu kısa devreler baslı basına bir odak olarak ağrıya yol açmaktadır.

Yanıcı özellikte olur ve duysal kaybın olduğu bölgededir. İlk bir kaç ay içerisinde tedavi edilmediği takdirde çok uzun süreli ve geçmeyen inatçı ağrılara yol açabilir. Her lezyon sonrasında da görülmez[13, 21, 22, 23].

2.2.4.4.Reaktif ağrı

Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı sendromları, refleks sempatik distrofiler, reaktif ağrılara örnek olarak verilebilir.

Reaktif ağrılardan birisi olan miyofasyal ağrı; sürekli, künt, derin, sızlayıcı niteliktedir. Vücut kaslarının değişik bölgelerinde tetik noktası adını verdiğimiz noktalar vardır. Bu noktaların uyarılması ile yansıyan ağrılar ortaya çıkar. Hastada bu noktalara basıldığı takdirde sıçrama olayı meydana gelir[13, 21, 22, 23].

2.2.4.5.Psikosomatik Ağrı

Kronik ağrılı hastalarda kronik ağrıya bağlı olarak bir takım psikolojik semptomların ortaya çıkması doğaldır. Çünkü kronik ağrılı hasta işinden gücünden alıkonmakta ve toplumun ister istemez dışına çıkmaktadır. Bu nedenle kronik ağrılı hastalarda doğal olarak bir takım tedirginlikleri ortaya çıkar. Ancak psikosomatik ağrı daha farklı bir kavramdır.

Hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir. Buna örnek olarak somatizasyon dediğimiz klinik durum verilebilir. Hasta bir anlamda ağrıyı kullanmakta, çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi çekmeye ve toplumun kendisi üzerinde dikkatini toplamaya çalışmaktadır. Bu tip hastalarda antidepresan ilaçların yanı sıra mutlaka psikiyatrik tedavi şarttır [18, 19, 20, 21, 2 9, 31, 33,].

2.3.Ağrı Ölçüm Yöntemleri

Ağrı, tarifinden de anlaşılabileceği gibi sonuçta subjektif bir duygudur. Bu nedenle objektif yöntemlerle kolaylıkla ölçülemeyebilir [6, 9, 16].

Yine de değişik ağrı ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Ağrı ölçüm yöntemleri içerisinde sözel ağrı sorgulamaları, görsel ağrı sorgulamaları vardır [6, 9, 37, 40, 41].

Sözel ağrı sorgulamaları içerisinde yer alan Mc Gill - Melzack ağrı Sorgulaması değişik sözcük gruplarına dayanır. Ancak ülkeden ülkeye ağrı ifade biçimleri değişkenlik gösterdiğinden her dilde kullanılması mümkün olamamıştır.

Görsel yöntemler içerisinde vücut diyagramları, yüz skalalarının yanı sıra, Görsel Eşleştirme Ölçeği adini verebileceğimiz 10 cm'lik düz çizgi kullanılmaktadır. Bu 10 cm'lik düz çizgi üzerinde "0" ağrısızlığı, "10" ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Hasta bunu kendisi tanımlayacağı için geçmişteki bir ağrı deneyimini (diş ağrısı, kırık, yanık ve doğum ağrısı gibi) geçirdiği bir ağrıyı gözünün önüne getirmesi, bunu 10 olarak kabul etmesi ve ona göre ağrıyı değerlendirmesi istenir [6, 9, 10, 13, 31].

Bilimsel araştırmalarda da sık kullanılan bu skalanın adı Visual Analogue Scale (Görsel Analog Skalası-VAS) dır. Bunun yanı sıra ağrının yeri, yoğunluğu, niteliği, seyri, arttıran ve azaltan etkenler, birlikte görülen semptomlar, günlük etkinliklere etkisi, analjeziklerin ve diğer ağrı kontrol yöntemlerinin etkisinin tek tek değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı tarafından geliştirilen sorgulama formu etkin bir ağrı değerlendirme ve sorgulama yöntemi olarak gelişmiştir[21].

Ağrının ölçümü ve değerlendirilmesi, ağrılı hastanın tanı ve tedavisinde önemli bir basamaktır. Ağrının sadece şiddeti değil tüm özellikleri değerlendirilmelidir. Ağrının süresi, lokalizasyonu, somatosensöriyal özellikleri ve eşlik eden emosyonel belirtileri de dikkate alınmalıdır[21, 29].

Ağrının düzenli aralıklarla, tedavi öncesinde ve sonrasında, doz ve tedavi değişikliklerinde değerlendirilmesi uygun olur. Ağrı değerlendirmesi medikal veya girişimsel tedavi adayı olan tüm hastalarda yapılmalıdır [42].

Ağrı ölçümleri hasta veya hemşire tarafından veya her ikisi tarafından uygulanabilir. Ağrı ölçümünde kullanılacak yöntemin belirlenmesinde dikkate alınması gereken özellikler; yöntemin geçerli ve güvenilir olması, basit ve kolay anlaşılabilir olması, hasta ve hemşireye ek yük getirmemesi, tedavi etkinliğini gösterebilmesidir[19, 20].

Melzack ve Casey tarafından ağrının üç boyutu tanımlanmıştır:

1. Duyusal boyut (sensory-discriminative),
2. Hissi boyut (affective-motivational),
3. Bilişsel boyut (cognitive-evaluative)[20].

Bunlar ağrının şiddeti, kalitesi ve emosyonel komponentlerini yansıtır. Bu boyutlar farklı nörofizyolojik mekanizmalarca kontrol edilir. Ağrı ölçümünde tek boyutlu veya çok boyutlu yöntemler kullanılabilir.

Tek boyutlu yöntemler, daha çok ağrının şiddeti ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılır. Bu yöntemler, visual analog skala (VAS), kategori derecelendirme skalaları ve sayısal derecelendirme ölçekleridir.

Çok boyutlu ölçümler ağrı şiddetinin yanı sıra ağrının diğer boyutlarını da değerlendirir. Sözel tanımlayıcılar ile ağrının geçici, alansal, affektif ve kalitatif özellikleri ortaya konmaya çalışılır. Bu skalalardan en yaygın olarak kullanılanı McGill ağrı anketidir. Ayrıca, kısa ağrı envanteri, Memorial ağrı değerlendirme kartı, West Haven Yale çok boyutlu ağrı envanteri gibi örnekler verilebilir.

Akut ve kronik ağrının değerlendirilmesinde ağrı göstergesi olabilecek fizyolojik değişikliklerden de yararlanılabilir. Bunlar genellikle hormon ve metabolitlerinin düzeyleri, endorfinler, kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı ve terleme gibi parametrelerden oluşur.

Uyarılmış potansiyeller ağrılı stimulusun şiddeti ile ilişkili bulunmuştur[10, 11, 43].

Termografi ile cilt ısısının değerlendirilmesi kronik ağrıda yardımcı olabilir. Trofik bozukluklar ve otonomik disfonksiyon bulguları da göz önüne alınmalıdır. Ağrıya karşı refleks otonom yanıt hipertansiyon, taşikardi, stres hormonları salınımı ile belirti verir. Bunların ölçülmesi cerrahi analjezinin derinliği ve yeterliliği konusunda bilgi verir.

Fizyolojik ölçümler anksiyete, beklentiler ve kültürel durum gibi birçok faktörden etkilenebilir.

Ağrı günlüğü hastanın ağrı düzeyi, gün içi aktiviteleri, uyku düzeni, analjezik kullanımı gibi konularda 24 saatlik periyotlar ile devamlı kayıt tutması ile elde edilir. Özellikle hospitalize edilmiş hastalarda kullanımı yararlıdır. Optimum analjezik dozunun ve zamanlamanın belirlenmesinde kullanılır[44].

Ağrı, bir duyum ve hoşa gitmeyen yapıda olduğundan her zaman özneldir. Bu nedenledir ki, ağrı dediğimiz deneyimi değerlendirirken fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı bildirimi esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir[39, 45, 46].

Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir[45, 46].

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastalar;

- Yeni doğanlar
- Ciddi psikolojik bozukluğu olanlar
- Endotrakeal tüpü olan hastalar
- Yaşı 85' in üzerinde olan hastalar
- Sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanamayan hastalar
- Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olanlar yer almaktadır

Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların "ağrıları yoktur" şeklinde değerlendirilmeleri ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu nedenle gerçekten ağrısını bildiremeyecek olan hastalar ile bildirmek istemeyenler iyi ayırt edilmeli; olası ağrı nedenleri ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır [7, 9, 10, 31].

Hastanın ağrısını doğru olarak değerlendirebilmek ve buna uygun girişimlerde bulunmak sağlık ekibi üyelerinin beklenen ve olması gereken davranışları arasında yer alır [7, 9, 10, 31].

2.3.1.Akut Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi

İdeal bir akut ağrı değerlendirmesi şu basamakları içermelidir:

- Hasta ağrısını değerlendirmeye aktif olarak katılmalı,

- Hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalı,
- Hastanın ağrısı hem dinlenme hem de hareket halinde değerlendirilmeli,
- Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon nedeni olarak ele alınmalı, dikkatlice bir anamnez alınmalı ve hasta operasyonu yapan cerrah tarafından muayene edilmeli,
- Kötü ya da yüksek ağrı skorlarında tedavi tekrar gözden geçirilmelidir.

Ağrı değerlendirmesinde standart yöntem olarak ağrı skalaları kullanılmaktadır[45].

Ağrı skalaları tek veya çok boyutlu ve kendi kendine değerlendirmeye veya gözleme dayalı şekilde sınıflandırılır:

2.3.1.1. Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:

a. Görsel analog skala (visual analogue scale –VAS): Ağrı şiddetini ölçmede ve ağrı takibinde kullanılır.

b. Sözel tarif skalaları (verbal descriptor scales-VDS): Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar 4 kategoriye ayrılır;

- Şiddetli
- Orta
- Hafif
- Yok

c. Sayısal değerlendirme skalaları (numerical rating scale-NRS): Skalar ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10 yada 100) düzeyine varır. Değerlendirmede skala üzerinde işaretlenen değer ölçülerek puan elde edilir.

d. Yüz ifadesi skalası (face scale – FS): Sıfır ile on arası puanlama sistemi olan ve 2' şer puan artan, düşük puandan başlayarak her puanın karşısına denk gelen ağrım yok, hafif ağrım var, orta şiddette ağrım var, çok ağrım var, şiddetli ağrım var ve çok şiddetli ağrım var ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır.

e. Analog renkli devamlı skala (analog chromatic continous scale-ACCS): Sonuçlar VAS'a benzer, bu skala çocuklarda daha etkilidir.

f. Dermatomal ağrı çizimi [7, 9, 37, 40, 41].

2.3.1.2. Multiple Ölçütlü veya Çok Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:

a. McGill ağrı anketi(McGill pain questionnaire-MPQ): Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almıştır.

Birinci Bölüm: Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hem de yüzeyde ise "DY" harfleri ile belirtmesi istenir.

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimeden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyusal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

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

Dördüncü Bölüm: Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik "hafif" ağrı ile "dayanılmaz" ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca "yaşanabilir= hedef ağrı" olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır [3, 20, 31, 40, 41, 42, 47]

.

b. Dartmouth ağrı anketi (Dartmounth pain questionnaire-DPQ): MPQ' ya kalite değerlendirmesi eklenmesidir.

c. Hatırlatıcı ağrı değerlendirme kartı (memorial pain assesment card-MPAC): VAS'ın daha detaylısı, ağrı giderilmesi, ruh hali, ağrı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur.

d. Ağrı algılama profili(pain perception profile-PPP

e. Karşıt yöntem karşılaştırması (cross-modality matching-CMM) [37, 42].

2.3.1.3. Objektif Kriterli Ağrı Değerlendirme Yöntemleri:

a. Davranışsal ölçümler

b. Fizyolojik ölçümler

c. Nörofarmakolojik yöntemler

d. Biyokimyasal ölçümler [21].

2.3.2.Kronik Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi

Süreğen ağrısı olan hastayı değerlendirmede öncelikli yaklaşım, var olması muhtemel organik patolojiyi araştırmak olmalıdır. Bu aşamada psikiyatr konu ile ilgilenen diğer sağlık ekibi üyeleri ile görüş alışverişinde bulunmalı, uygulanacak medikal girişimler hakkında bilgi sahibi olmalıdır[20, 33, 46, 48].

Ağrılı hastada aşağıdaki unsurları içeren tıbbi ve psikiyatrik muayene yapılmalıdır:

Ağrı yakınmasının başlangıcından itibaren ayrıntılı bir öyküsü alınmalıdır.

Ağrının niteliği, derinliği ve yoğunluğu, yerleşimi, süresi, şiddeti ve uyarıcı etmenler dikkatle not edilmelidir.

Daha önce yapılan tetkikler ve uygulanan tedaviler ve hastanın tedaviye yanıt durumu belirlenmelidir.

Hastanın ağrısını anlatırken kullandığı dile dikkat edilmeli, ağrının nedeni konusunda hastanın fikri alınmalıdır.

Gereksiz tetkikten kaçınılmalı, hastaların önemli bir bölümünün plaseboya yanıt verdiği göz önünde bulundurulup, ayırıcı tanı için plasebo denenmemelidir [11, 12, 16, 17, 19].

Hastanın kişilik özellikleri, aile, iş ve sosyal yaşam öykülerinin ve son yaşam olaylarının bilinmesi bu etkenlerin ağrıya katkısını değerlendirmede ve tedavi modelini belirlemede yararlı olur.

Kişinin ağrı duyusuna yüklediği anlam, yaşamını ne düzeyde etkileyeceği düşüncesi, var olan psikopatolojiyi de derinleştirebilir [35, 36].

Birçok durumda maluliyet derecesi hastalığın şiddetinden çok hastanın inançları ile paralel bulunmuştur. Hastaların bu tutumlarına doktorların ve hemşirelerin yaklaşımı çok önemlidir[46, 49].

Ağrılı hastayı değerlendirmede kullanılan diğer yardımcı araçlar şunlardır:

Minnesota çok yönlü kişilik envanteri–2 (MMPI–2): MMPI–2 değerlendirme sırasında toplanan diğer bilgilerle birlikte kullanılan yararlı bir tanısal araçtır. Açık ve gizli alt ölçek puanları varsa, daha yararlı olur. Bu test kişinin yalana eğilimli olup olmadığı gibi bazı kişilik özelliklerini belirlemede yardımcı olabileceği gibi kişinin duygu durumu hakkında da bilgiler verir.

Zaman zaman diğer klinik bölümlerden kişilik testleri istenebilir, fakat tek başına psikolojik testlerin psikiyatrik tanı için kullanılması uygun değildir. Hastanın MMPI sonucunun klinikle bağdaştırmadan körlemesine yorumlanması yanlış tanılara yol açabilir.

Protektif Testler: Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) gibi protektif testler ağrının algılanmasında önemli rol oynayan bilinçdışı konuların ortaya çıkarılmasını sağlayabilir.

Ağrı Şeması: Bir ağrı şeması hastaya ağrıyı grafik olarak tanımlama fırsatı verir. Bu şemada insan vücudunu önden ve arkadan gösteren iki şekil vardır. Hastaya önceden belirlenmiş simgeler vasıtasıyla ağrı olan yerleri ve ağrının şeklini (iğne batması, yanma, şimşek vs.) belirtmesi istenir. Böylece ağrının niteliği ve dağılımı daha iyi anlaşılmaya çalışılır.

Görsel Analog Ölçek (GAÖ): Hasta ağrısını basit olarak 100 mm'lik yatay bir çizgi üzerinde sol uçta 0 ("hiç ağrı yok" anlamında) ve sağ uçta 10 ("yaşamınızda duyduğunuz en şiddetli ağrı" anlamında) arasında yerleştirir. GAÖ hasta tarafından kolayca kullanılır ve hastanın terapötik bir girişime yanıtını izlemek için tekrar tekrar uygulanabilir.

Sadomazoşistik indeks: Psikojenik ağrı ve ağrıya eğilimli hastaların sadomazoşistik özellikler gösterdikleri düşünülmüştür. Bu hastaların geçmişleri cezalandırılma, kötüye kullanılma ilişkileriyle doludur ve kendi kişilerarası etkileşimleri öfkeli ve aksidir. Bu nedenle hastanın geçmiş ve sürmekte olan ilişkilerinin bu sadomazoşistik nitelik açısından değerlendirilmesi bu tür ağrıya eğilimli kişilerin belirlenmesini sağlar [6, 18, 19, 20, 33, 39, 40, 41, 43,49, 50].

2.4. Postoperatif Ağrı

2.4.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrıdır. Doku hasarı ve sinir uçlarının travması ile ilgili olduğu için iatrojenik olarak kabul edilir[1, 15, 30].

Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik derecelerde postoperatif ağrı çekmektedir[51]. Amata ve arkadaşları ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun ise daha hafif ve sadece %9'unun katlanabilir düzeyde çok hafif ağrı yasadıklarını belirtmişlerdir[52].

Yapılan başka bir çalışmada, cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettikleri saptanmıştır[3]. Cohen, postoperatif dönemde hastaların %75'inin yoğun ağrı çektiğini belirtmiştir[8].

Son 20 yılda postoperatif ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir.

Yetersiz postoperatif ağrı kontrolünün nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Ağrı kontrolü konusunda sağlık bakım ekibinin yeterince bilgi sahibi olmaması
- Narkotik ilaçların solunum depresyonu yapma, tolerans gelişimi, hastada alışkanlık ve bağımlılık yapma özellikleri ile hiç kullanılmaması veya yetersiz kullanılması
- Yeni teknikler konusunda bilgi ve beceri eksikliği
- Ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi
- Hastaların postoperatif ağrıyı cerrahi girişimin doğal sonucu olarak kabul etmesi ve bu nedenle sağlık ekibine iletmemesi
- Postoperatif erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması
- Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması [8, 10, 15, 53].

Yetersiz ağrı tedavisi, hastanın iyileşmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Ağrı çeken hasta hastanede daha uzun süre kalır ve ekonomik ek yük yaratır. Yeterli ve etkili

ağrı kontrolü sağlandıkça hastanede yatış süresi kısalır ve maliyet azalır[15]. Hekim ve hemşirelerin orta şiddetli ağrıya yaklaşımları, genellikle ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak değil, kısmen azaltmak olmaktadır. Neden olarak, postoperatif ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu olarak görmeleri, çekilmesi ve dayanılması gerektiği şeklinde yorumlamalarıdır. Ayrıca ağrı yönetiminde cerrah, anestezist ve hemşire arasında uyumlu bir ekip çalışması olmadığında, postoperatif ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılamamaktadır [8, 15]. Bardiau ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postoperatif ağrı kontrolünün hemşire, hekim ve anestezist işbirliği içinde, ekip halinde olması gerektiği vurgulanmıştır[54].

2.4.2. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Cerrahi girişim sonrası hastada oluşan ağrının süre ve şiddetini birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler;

- Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak yeterince hazırlanmaması
- Cerrahi girişimin yeri ve süresi
- Cerrahi insizyonun uzunluğu
- Cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu
- İntraoperatif travmanın derecesi
- Cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar
- Anestezi uygulamaları
- Cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi
- Hastada cerrahi girişim öncesi görülen anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır [1, 53].

Genel olarak anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası ağrıda önemli bir belirleyici olduğu kabul edilir[1, 2]. Karayurt çalışmasında, ameliyat öncesi anksiyetesi düşük olan hastaların ağrı düzeylerinin de daha düşük olduğunu saptamıştır[55]. Duvarcı ve arkadaşları, preoperatif hasta bilgilendirilmesinin, postoperatif ağrıda ve analjezik gereksiniminde azalma sağladığını belirtmişlerdir [56].

2.4.3. Postoperatif Ağrının Fizyolopatolojik Etkileri

Cerrahi girişimin sonucu oluşan travma nöral yapıların direkt olarak hasar görmesine ve nosiseptörlerin uyarılmasına neden olur. Bu uyarılma sonucu ağrı

meydana gelir. Ağrı sonucunda sadece psikolojik değil patofizyolojik bir takım değişikliklerde olur [57].

Postoperatif ağrının birçok sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu bir gerçektir[40]. Cerrahi girişim ve strese karsı pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem disfonksiyonu, kas metabolizması ve fonksiyonunda bozulma, nöroendokrin ve metabolik değişiklikler meydana gelir [15].

2.4.3.1. Sistemler Üzerine Etkileri

a) Solunum Sistemi: Büyük batın ve toraks girişimlerinden sonra ağrı derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Bu durum, akciğer vital kapasitesinde azalma, fonksiyonel rezidüel kapasite ve zorlu ekspiratuar volümde azalmaya neden olur. Buna bağlı olarak hastada hipoksi, atelektazi ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişir [2, 15, 24, 26].

b) Endokrin ve Metabolik Sistem: Postoperatif ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu, kan sekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktatta artma olur. Bu olaylar devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelir [2, 15, 24, 26].

c) Kardiyovasküler Sistem: Katekolaminlerin plazma yoğunluklarının normalin üzerine çıkması sonucu; sistemik vasküler direnç ve miyokardın oksijen tüketiminde artma meydana gelir. Miyokard iskemisi ve enfarktüs riski artabilir[2, 15, 24, 26].

d) İskelet ve Kas Sistemi: Erken ayağa kalkmayı engelleyen şiddetli ağrı yüzünden hareketliliğin azalması, tromboembolik komplikasyon riskini artırır [2, 15, 24, 26]. Ayrıca artmış sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olur[2, 24].

e) Gastrointestinal Sistem: Sempatik sistem aktivitesinin artması gastrointestinal motilite ve splanik dolaşımda azalmaya yol açar[24, 27].

f) Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirir [15].

2.5. Postoperatif Ağrı Tedavisi

Ameliyat sonrası ağrının tedavi ve bakımında amaç; hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, toparlanmasını kolaylaştırmak, ağrıya verilen otonomik ve somatik refleksleri engellemek, hastanın rahat nefes almasını ve hareket etmesini sağlamaktır. Ağrının kontrolüyle hastanede kalış süresi azaltılıp, iyileşme süresi kısaltılabilir[8, 30].

2.5.1. Postoperatif Ağrının Farmakolojik Kontrolü

Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik tedavidir [1]. Postoperatif ağrı kontrolünde; intramusküler, intravenöz, subkutan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları gibi yöntemler kullanılmaktadır[15, 58].

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip içerisinde hekim, hemşire ve hasta yer alır [1, 59]. Hemşire ağrı tedavisinde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve bas etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile basa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır [10, 59].

Yapılan bir çalışmada cerrahi hastaların %39'unun kendilerine daha yakın hissettikleri için rahatsızlık durumlarında hemşireyle iletişim kurmak istedikleri saptanmıştır[14]. Yapılan başka bir çalışmada da, hastaların çoğunluğunun hemşireyi kendilerine doktordan daha yakın buldukları belirtmektedir[34].

2.5.2. Analjezik Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları ve Bu Sorumlulukları Yerine Getirmesinde Hemşirelik Sürecinin Kullanımı

Sağlık kuruluşlarında yatan hastaların ilaçlarını hazırlamak, uygulamak, etkilerini ve oluşabilecek yan etkilerini gözlemek hemşirenin en önemli sorumluluklarından birisidir [32]. Hemşireler genellikle doktor istemine göre bütün

ilaçların hastaya verilmesinden sorumludur. İlaç yönetiminde hemşireye basit bir şekilde ilacı vermekten daha fazla sorumluluk düşmektedir. Özellikle cerrahi alanlarda hala baskın şekilde yazılan lüzum halinde analjezik istemlerinde bu sorumluluk daha fazladır[60]. Gün boyu düzenli ilaç isteminde doktor, ilaç türü, doz ve doz aralıkları ve veriliş yolunu belirtmektedir [60, 61, 62].

2.5.2.1. Hastanın Ağrısının Olup Olmadığı Konusunda Verilerin Toplanması ve Yorumlanması

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisini doğru yönlendirmenin en önemli koşulu, hastanın ağrısının doğru değerlendirilmesidir. Ağrının şiddetinin ölçülmesi ve verilen tedaviye yanıtının gözlenmesi önemli olup, bu ölçümlerin düzenli olarak yapılması gerekir [8, 28]. Günümüzde Amerikan Ağrı Derneği (APS)'de ağrının besinci yasam bulgusu olduğunu belirtmektedir[63].

Postoperatif dönemde; hastanın algılaması; fizyolojik ve davranışsal yanıtları bilişsel durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Ağrı değerlendirilmesi; hareket, öksürük, derin nefes alma gibi aktivitelerde yapılmalıdır.

Erken postoperatif dönemde hastanın ağrısı daha sık değerlendirilmelidir. Değerlendirme sıklığı ameliyatın büyüklüğü ve ağrının şiddetine göre ayarlanmalıdır. Örneğin; büyük batın girişimlerinden sonra ilk 24 saat, 2 saatte bir değerlendirme yapılmalıdır [2].

Ağrıyı değerlendirmede kullanılabilecek yöntemlerden biride gözlemdir. Ağrı yaşayan hastada belirli bir davranışsal ve fizyolojik yanıt olur. Ağrı yaşayan bireylerde kıvranma, olağan dışı vücut pozisyonu, ağrıyan bölgeyi ovma, yüzde ağrılı ifade, ağlama, inleme gibi davranışsal tepkiler [12, 16, 44, 50], kalp atım hızı ve kan basıncında yükselme, solunumda değişme, terleme, solukluk gibi fizyolojik belirtiler görülebilir [10, 50, 44].

Fizyolojik ve davranışsal değişiklikler ağrı yasayan ancak ağrısını sözel olarak ifade edemeyen ya da etmeyen hastaların ağrısı olduğunu anlamada ipucu olabileceklerinden hemşireler tarafından bilinmeleri önemlidir [16].

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesidir [1, 14]. Ağrı subjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Bu nedenle sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik beklenti koymaları ya da varsayımda bulunmaları hatalı yaklaşımlara yol açabilir [16]. Sağlık

çalışanları tarafından yanlış anlaşılan yaygın inanış, hastasının ağrısının şiddetine karar verebilmede kendilerini nitelikli görmeleridir. Fiziksel bulguların ve davranışların olmaması sağlık çalışanları tarafından genellikle ağrının olmadığı seklinde yanlış yorumlanmaktadır [44].

Sloman ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hastanın ağrı duygusuna ve ağrıya az değer verdiklerini saptamışlardır[3]. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin postoperatif ağrıyı daha az tahmin ettikleri belirtilmiştir[59].

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının "var" ya da "yok" olması değerlendirme için yeterli değildir. Bu neden ile ağrı ölçümünde ya da diğer bir yaklaşım ile değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti düzeyini ifade edebilmek için sıralanmış sayı, kelime ya da işaretlerden yararlanılır[1, 14, 40].

Ağrıyı değerlendirmede;

- Sözel Tarif Skalaları (VDS),
- Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS),
- Görsel Analog Skala (VAS),
- Yüz İfadesi Skalası gibi ağrı ölçekleri kullanılmaktadır [14, 40, 41].

Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasındaki farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir [14].

Ağrı skalalarının kullanımı kolaydır ve zaman sınırlaması yoktur. Tanımlayıcı skalalar sadece ağrı şiddetini değerlendirmede kullanılmamakta aynı zamanda hastanın durumundaki değişikliği değerlendirmede de kullanılmaktadır. Hemşire skalayı müdahaleden sonra veya semptomlar şiddetlendiğinde hastanın ağrısının azalması ya da artmasını değerlendirmede kullanır [1, 14].

2.5.2.2. Ağrının Tanılanması ve Ağrının Olup Olmadığına Karar Verme

Sağlık bakım sisteminin önemli bir parçası olan hemşirelik mesleği, uygulama alanında birçok konuda hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirir [64]. Değerlendirme minimum ağrı hassasiyeti, ağrının temporal karakteristiği ve hastanın diğer analjeziklere

daha önceki yanıtını (örn; ağrının hafifletilmesi, yan etkileri, fonksiyonlar üzerine etkileri) içermeleridir. Hemşire ilacın etki zamanını, etki süresini ve yan etkilerini bilmelidir [4].

Profesyonel deneyimin de ağrının tanımlanmasında önemli bir etken olduğu kabul edilmektedir[3]. Yapılan bir çalışmada ağrı kontrolü ve deneyim arasında yakın ilişki olduğu belirlenmiştir[54]. Yine başka bir çalışmada, yüksekokul mezunu hemşirelerin deneyimlerinin artmasıyla, bağımsız karar verme becerilerinde de artış olduğunu saptamıştır[65].

Hemşirelerin doktor istemlerini yerine getirirken, istemlerin prosedüre uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekir[66].

Güvenli ve etkili analjezik uygulanabilmesi için kurumların politikalar oluşturması gerekmektedir. Oluşturulan politikalar kesin doz önerilerini içermemelidir. Çünkü politika ve protokoller kesin başlangıç dozu veya hastaya verilecek dozu belirlerse bu durumun her hastanın ağrı hassasiyetine uygun olmayacağı ve ayrıca hasta güvenliği açısından da risk yaratabileceği düşünülmektedir[4].

Hemşirelerin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Hemşireler öncelikle hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerde hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar.

Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (1983) 132. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, "hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak" olarak belirtilmektedir[66].

Hemşirelerin yazılı ilaç istemi ile ilgili herhangi bir kuşkusu varsa, hastanın güvenliği açısından ve yasal sorunlarla karsılaşmamak için hekimle görüşerek konuyu açığa kavuşturmalıdır. Çünkü yazılı ilaç isteminin yanlış okunması, yorumlanması ve uygulanması hatalı ilaç uygulamalarının %39'unu oluşturmaktadır. Hemşire, gerekirse ve bilimsel temellere dayanıyorsa böyle bir istemi reddetme hakkına sahip olduğunu bilmelidir[32].

2.6.Ağrı ve Etik

Çözülmeyen ağrı ya da giderilmeyen ağrı, ağrı çeken kişiyi yetersizleştirmekte ve kişinin yasam kalitesini düşürmektedir. Dindirilmeyen ağrı kişinin fizik aktivitesini, sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte, psikolojik gerginliği artırmaktadır [67].

Kronik ağrı kişinin yemek yeme alışkanlıklarını, uyku düzenini ve sosyal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir. Ağrı ve psikolojik iyilik arasındaki ilişki son derece karmaşık ve ters orantılıdır. Ruh hali, ağrı algılaması ile ilgili deneyimler ağrı yoğunluğunu artırabilir. Ayni şekilde ağrının varlığı ruh halinin en önemli belirleyicisidir. Ağrının varlığı kooperasyonu ve uyumu ciddi şekilde bozmaktadır. Kontrol altına alınamamış ağrının varlığı özellikle kanser hastalarında intihar girişimi için ciddi bir risktir. Yapılan çalışmalarda ağrılı hastada yeterli analjezinin sağlanması ile psikiyatrik semptomların ortadan kaybolduğu tespit edilmiştir [68].

Zaman içersinde ağrının ortadan kaldırılması tıbbin esas hedefi halini almıştır. Özellikle hayatinin son günlerini yasayan kanser hastalarına ağrı giderilmesi ve diğer açılardan yaklaşımda etik prensipleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir [12].

2.6.1. Ağrı Tedavisi - Bir Hasta Hakkıdır

Hekim sorumluluğu ile ilgili en eski belgeler MÖ 1800 yıllarında yazılmış olan Hammurabi (MÖ 1800–1750) kanunlarında görülür. Tıp ahlakı ile ilgili yazılı belgeler ise MÖ 15–10. yüzyıllara dayanmaktadır. Bu konu ile ilgili Sümer ve Babil uygarlıklarına ait kil tabletler bulunmuştur. Ancak tıp ahlakının gerçek kurucusu Hipokrat'tır (MÖ 460–377) Tarih içerisinde bu konuyu aydınlatmaya ve standardize etmeye yönelik 18.yy sonlarında Amerikan Haklar Bildirgesi, 1789'da Fransa'da İnsan ve Vatandaşlık Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948'de ise Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi gibi çeşitli genelgeler yayınlanmıştır. Tarihi ve güncel tüm belgelerin, temelde hekimi çalışırken dikkatli davranmaya sevk ettiği dikkati çekmektedir [67, 68].

Etik açıdan ağrı değerlendirildiğinde; bir insanı giderilebilecek bir ağrı içinde bırakmanın insan haklarına aykırı olduğu sonucuna varılmıştır. Ağrı çeken herkes ağrısının giderilmesini hak etmektedir. Bu hak ise tüm dünyada insan haklarına saygıdan kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının önemli bir sorumluluğu da ağrı çeken kişiye yeterli analjeziyi sağlamaktır. Diğer birçok prensipte olduğu gibi ağrı hastasına yaklaşımda da temel öğeler asla göz ardı edilmemelidir [12, 62, 67, 68].

2.6.2. Bilgilendirme

Ağrı hastası ağrısının giderilmesi için gerekli sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmelidir. Ağrı hastasının kendi durumuna yönelik olan girişimin özelliklerini, risklerini, yararlarını varsa alternatiflerini tam olarak bilmeye hakkı vardır[7, 12]. Kronik ağrı hastasına ağrısının giderilmesi için planlanan sinir blokları, epidural/spinal girişimler gibi işlemlerin özellikleri, hastaya analjezik açıdan beklenen katkıları hakkındaki bilgi aktarımı anlaşılır dille, yabancı olmayan terminoloji ile yapılmalıdır. Kimi ağrı hastaları konu ile ilgili bilgileri kendileri almak istemeyebilirler, hasta kendi yerine belirttiği bir başka kişiye bilgi verilmesini isteyebilir bu durumda bilgi aktarımı hekim tarafından o kişiye yapılır. Hastalar konu ile ilgili ikinci bir görüş alma hakkına sahiptirler [23].

Ağrılı hastalara tedavi amaçlı yapılacak işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında yapılan rutin işlemler hakkında bilgi verilmelidir. Örneğin bel ağrısı şikâyeti olan ve lombar epidural steroid enjeksiyonu planlanan hastaya damar yolu açılırken, kan tetkikleri için kan alınırken ne yapıldığı ve neden yapıldığı açıklanmalıdır. Tüm hastalar gibi ağrı hastaları da sağlık kuruluşundan ayrılırken sağlık durumu ile ilgili olarak "çıkış özeti" isteme hakkına sahiptirler [23, 68].

2.6.3. Onay

Herhangi bir tıbbi girişimin ön koşullarından biri gerekli ve yeterli bilgi verildikten sonra planlanan işlem için hastanın onayının alınmasıdır. Hasta uygulanan girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Böyle bir durumda hastaya girişimin yapılmamasının getireceği sonuçlar açıklanmalıdır [23].

Hasta iradesini bildiremeyecek durumda ise ve yapılacak girişim acil ise önceden tersine bir açıklaması yoksa girişim yapılır. Böyle bir hastaya yapılacak girişim acil değilse hastanın yasal temsilcisinin onayı gerekir. Özel yaşam ve gizlilik ağrı hastasının kişiye özel tüm bilgileri, kimlik bilgileri tedavi sonrasında veya ölümünden sonra uygun şekilde korunmalıdır. Bu tür bilgiler ancak mahkemenin kesin isteği ve kişinin açık izni üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi sırasında başka bir sağlık personeline gereksinim duyulursa hastanın izni varmış gibi davranılır. Hastaların kendi dosyalarına bakabilme ve bir kopyasını alabilme hakkı bulunmaktadır. Diğer tüm hastalar da olduğu gibi ağrı hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili olmadıkça özel hayatına

girilmez; tıbbi girişimler hastanın özel yaşamına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir [67, 68].

Kronik ağrı hastası ağrılarını giderme ve bu ağrılar ile bas etme konusunda kimi zaman psikiyatrik desteğe gereksinim duymaktadır. Belli bir grup ağrı hastası somatizasyon, ağrı bozukluğu veya derin depresyon gibi psikiyatrik tanılar alabilmektedirler. hastaların anamnezlerinde ve psikolojik değerlendirmelerinde çocukluk çağı travmaları, marital problemler, aile içi şiddet gibi ağrıyı tetikleyen, artıran veya kaynağı olan nedenler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle bu aşamada özel yasama saygı ve gizlilik ayrı bir önem taşımaktadır [23, 67, 68].

2.6.4.Bakım ve tedavi

Herkes sağlığının iyileştirilmesine yönelik koruyucu bakım ve hizmetleri alma hakkına sahiptir. Ağrı hastaları için oluşturulmuş sağlık hizmetleri de kadın – erkek herkes için eşit, ulaşılabilir, sürekli olmalı, maddi finansman kaynaklarından bağımsız ve toplumsal nitelikte olmalıdır. Ne yazık ki ülkemizde ağrı konusunda uzmanlaşmış hekim ve kurum sayısı çok kısıtlıdır.

Ağrı tedavisinde sınırlılık, kısıtlılık olan hallerde hekim, hasta seçmek zorunda ise diğer hastaların hakkı dikkate alınarak eşit bir seçim yapılmalıdır. Bu seçim mutlaka tıbbi ölçütlere göre olmalıdır.

Hastalar sağlık sisteminin isleyişi ile uyumlu olarak hekim veya sağlık kuruluşunu değiştirme hakkına sahiptir. Sağlık kurumunda daha fazla kalması gereksiz olan hastalar çıkartılmadan önce durumları hakkında bilgilendirilmelidir. Başka bir sağlık kurumuna nakil işlemi ancak o kurum kabul ederse yapılabilir.

Hastaların tanı ve tedavileri sırasında kültür ve değerlerine uygun bir şekilde davranılma ve saygı görmeye hakları vardır[7, 67].

2.6.5. Analjezik Tedavilerin İstenmeyen Etkileri

Ne yazık ki tüm analjezik ilaç ve yöntemlerin birtakım yan etkileri bulunmaktadır. Etik açıdan değerlendirildiğinde; ağrı çeken hastaya, yeterli analjezi-minimum yan etki dengesi sunulabilmelidir.

Hastaya tedavi ile ilgili seçenekler sunulurken beklenen analjezi düzeyi, maksimum kullanılabilirlik, olası yan etkiler, finansal değerlendirme net olarak açıklanmalıdır.

Hekimin yöntemler arasında kar/zarar oranını iyi belirleyip uygulayacağı yöntem hakkında detaylı bilgi vermesi uygundur. Bu asama hekim açısından çok özverili bir aşamadır. Gerek en uygun yöntemi değerlendirip bulmak gerekse hastaya bunu en uygun lisanda anlatmak son derece zaman alıcı bir işlemdir.

Yöntem hakkında karar verme aşamasını kolaylaştırmak için olay ana hatları ile değerlendirilmelidir.

Bu ana hatlar kısaca özetlenecek olursa:

1) Yaşamı uzatmak
2) Konforu artırmak (fiziksel, psikolojik)
3) Fonksiyonu optimize etmek.

Ne yazık ki özellikle kanser hastalarında yeterli ağrı tedavisi fonksiyondan özveride bulunmadan sağlanamamaktadır. Bu üç kategoriden hangisinin ana hedef olarak seçileceği altta yatan organik nedene göre belirlenmektedir. Örn, kanser hastasında yasamı uzatmak mümkün değildir. O zaman bu sınıflamada yasamı uzatmak en son hedef olmalıdır. Bu hedeflerin önceliklerinin belirlenmesinde hem klinisyenlerin hem de hastaların rol oynaması gerekmektedir[7, 12, 67, 68].

2.6.6. Yarar-Zarar

Yarar-zarar anlayışları birbirleri ile çelişen kavramlardır. Bazı tedaviler kimi uygulanırlar için yararlı kimileri için zararlıdır. Bu nedenle esas hedef bakım (care) olmalıdır. Bakım ise konforun sağlanması fonksiyonun sağlanması ve yasamın idamesidir. Bu üç amaçtaki hedef dinamiktir. Hastalık sürecine göre değişiklik gösterir. Hedeflerdeki bu dinamik değişiklik ve tedavi edilebilir bir hastalığa maruz kalmış kişide yasamın idamesi diğer hedeflere üstünlük gösterirler. Tedavide ampütasyon endikasyonu kolaylıkla konabilir. Ama terminal akciğer kanserine bağlı dispne şikâyeti olan bir hastada ise öncelik farklı olmalıdır.

Hasta ailesinin konu ile ilgili görüşlerini bildirmesi istenir. Bu tür toplantılarda planlanan tedavi yöntemleri açıkça bildirilmeli, seçenekler ortaya konmalıdır [67, 68].

2.7. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ağrı giderme, hem ağrıyı çeken kişi hem de ona yardım eden kişiler için karmaşık bir sorun olarak algılanmaktadır. Bu sorun hekim, hemşire ve diğer ilgili sağlık personelinden oluşan bir ekip çalışmasıyla en aza indirgenmeye çalışılır.

Hemşireler bu ekip içerisinde ağrılı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözlemleme ve değerlendirme imkanına sahiptir. Bu nedenle ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir[1].

Hemşirenin bu rolü yerine getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, iletişim kurma becerisinin olması ve empati yapabilmesi ağrıyı gidermede etkili bir hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir[6].

Ağrıya yaklaşımda hastanın ve hemşirenin bireysel özellikleri, hasta hemşire etkileşiminde önemli belirleyicidir. Hemşire ve hasta için ağrının ne anlam taşıdığı önemlidir[8]. Hemşire, ağrılı hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmelidir. Terapötik bir tutum oluşturabilmek için hemşire ağrı konusunda, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirmelidir. Hemşirenin kendi ağrı inançları ve deneyimleri ağrılı hasta bakımını olumsuz yönde etkilememelidir. Hemşire aynı zamanda, hastanın kendisini nasıl algıladığını saptamalıdır. Ağrısı olan hastalara yeterli eğitim ve destek verilmez ise hastalar yapılan uygulamaları reddedebilir. Ağrılı hasta bakımında hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşması son derece önemlidir[6].

Ağrı karşısında her hasta farklı yanıt ve tepkiler verir. Ağrısı olan hastalar, tükenme, beden bütünlüğünü kaybetme, yalnızlık, bağımlı olma ve ölüm korkusundan dolayı aşırı gergin, endişeli, öfkeli ve hassas olabilirler. Bu nedenle hastaların destek ve cesarete daha fazla gereksinimleri vardır. Hemşire bu durumda hastanın ağrısını ve durumunu çok iyi değerlendirmelidir. Ağrının etkin olarak değerlendirilmesi, ağrı kontrolünün ön şartıdır ve hemşirelik bakımının temel parçalarından biridir. Ağrının etkili bir biçimde giderilmesi ve yönetimi hemşirenin hastasını iyi değerlendirmesi ve ağrısını tanılaması ile mümkündür. Hemşire ağrı değerlendirmesi yaparken, hastanın yüz ifadesini, davranışlarını, aktivite durumunu gözlemleyerek, sözel ifadelerini değerlendirerek hastadaki fizyolojik belirtileri dikkate alarak ağrı tanılaması yapması gerekir. Ayrıca hemşirenin sağlıklı bir değerlendirme yapabilmesi için hastayla iyi bir iletişim kurması gerekir. Hastanın kendisinin dinlendiğinin ve ağrı şikayetinin ciddiye alındığını hissetmesi gerekir. Hastanın ağrısı doğru bir şekilde değerlendirildiğinde daha

etkili tedavi edilebilir. Bu bakımdan doğru ağrı değerlendirilmesi, hemşirenin ağrıyı hafifletmesine yönelik uygun yöntemi seçmeleri için önemli bir bilgi sağlayacaktır. Doğru ve etkin bir ağrı tanılaması ve değerlendirmesi yapan hemşirenin bu bilgilerin ışığı altında hemşirelik bakımını planlaması gerekir[1,8,10].

Ağrılı hastaya bakım veren hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar şöyledir;

- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir.
- Nedeni ne olursa olsun ağrını bir ‘‘yardım arayışı ’’ olduğu unutulmamalıdır.
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır.
- Hastanın bilgi eksiklikleri saptanmalı ve eğitim planlanmalıdır.
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.
- Ağrının artmasına neden olan problemleri gidermek için plan yapılmalıdır.
- Hastaya daha önce ağrısının giderilmesine nelerin yardımcı olduğu sorulmalıdır.
- Plan hasta ile beraber yapılmalıdır.
- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.
- Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalıdır.
- Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hemşirenin, hastayı hazırlaması, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisini ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekir.

Ağrı, çalıştığı bölüm her ne olursa olsun hemşirelerin en sık karşılaştığı problemlerden biridir. Bu nedenle hemşireler, ağrı yönetiminden sorumludurlar. Bu sorumluluk; ağrıyı tanımlamayı, ağrıyı gidermek için uygun yöntemleri seçmeyi, tedavinin etkinliğini izlemeyi, ağrı yönetimiyle ilgili bilgilenme ve hastalara ağrı yönetimiyle ilgili bilgi vermeyi içerir. Ağrı çeken bireyin bakımında uygun yaklaşımlarda bulunan hemşire, eğitim, bakım, tedavi, araştırma, danışmanlık, destekleyicilik ve rehabilitasyon rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır. Hemşireler ağrıyı tanımlamak ve değerlendirmek, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçmek için gerekli çabayı göstermeli ve ağrıyla ilgili yeni gelişmeleri takip etmelidir[1, 6, 8, 10].

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılan bu çalışmada, postoperatif dönemde ve ağrısı olan hastalar ile hastaların bakımından sorumlu hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri arasındaki uyum araştırılmıştır. Ağrı yaşayan hastalar ile onlara bakım veren hemşirelerin ağrı değerlendirmelerinin benzeyen yönleri ve hastaya ait sosyo – demografik özellikler ile hemşireye ait sosyo – demografik özellikler ve mesleki değişkenlerin değerlendirmeleri üzerine etkisi belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Tıp Bilimlerine ait (Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2, Jinekoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji, Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi) kliniklerde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Bilimlerine ait, Genel Cerrahi servisi 1 ve 2, Ortopedi servisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi servisi, Jinekoloji servisi, ve Üroloji servisinde görev yapan 55 hemşire ve bu hemşirelerin bakımını üstlendiği adı geçen kliniklerde yatmakta olan postoperatif ilk 48 saat içinde bulunan, 18 – 65 yaş aralığında ve genel anestezi almış olan hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Seçimi

Belirlenen cerrahi kliniklerde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ve her hemşirenin bakımını üstlendiği araştırmanın sınırlılıkları dışında yer alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Kliniklerde hasta takibi yapmadıkları için sorumlu hemşireler ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 2 hemşire dışında kalan tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

07 Ocak 2008 ve 07 Nisan 2008 tarihleri arasında yapılan araştırmanın örneklemini 47 hemşire ve 94 hasta oluşturmuştur.

Servislerin yoğun olması nedeniyle hemşirelerden iş yoğunluklarının en az olduğu zamanlarda ağrı değerlendirmesi yapmaları istenmiş ve hemşire değerlendirmesi ile eş zamanda hasta değerlendirmeleri yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında Mc Gill – Melzack ağrı soru formu ile ilgili literatür gözden geçirilerek araştırmacı tarafından hazırlanan; Hastalara Yönelik anket formu (Ek 1), Hemşirelere yönelik anket formu (Ek 2) kullanılmıştır. Mc Gill – Melzack ağrı soru formunun geçerlilik ve güvenilirliği S.Kuğuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Türkçe çevirisi (Ek 3) kullanılmıştır[47].

Anket formları 1 ve 2 yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hemşirelerin hastalarına ait ağrı değerlendirmesini, hasta odasından çıktıktan sonra mümkün olan en kısa sürede yapmaları sağlanmıştır. Hastaların ise anket formlarını kendilerinin doldurmaları istenmiş bunu yapamayan hastalara anket formu araştırmacı tarafından yüksek sesle okunarak doldurulmuştur. Hemşireler hastalarına ait ağrı değerlendirmesini hasta odası dışında yapmış, bu sırada hasta kendi ağrı değerlendirmesini yapmıştır. Araştırmacı ağrı değerlendirmeleri esnasında hasta odasında bulunmuştur, hemşire ve hasta eş zamanlı olarak ağrı değerlendirmesi yapmıştır.

3.4.1. Hastalara Yönelik Anket Formu

Bu formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim seviyesi, oturduğu yer gibi sosyo – demografik özelliklerinin yanı sıra daha önceden geçirmiş oldukları operasyonları, şimdiki postoperatif dönem bulguları, yattıkları klinik ve sağlık personeli ile iletişim durumlarına ilişkin sorular olmak üzere toplam 12 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Hemşirelere Yönelik Anket Formu

Bu formda hemşirelerin yaş, öğrenim seviyesi, medeni durum, gibi sosyo – demografik özelliklerinin yanı sıra çalıştıkları klinik, birimdeki ve meslekteki çalışma

süreleri, daha önce operasyon deneyimlerinin olup olmadığı, ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgilerinin olup olmadığı, varsa bu bilginin nereden alındığı ve hasta ile iletişim durumlarına ilişkin sorular olmak üzere toplam 11 soru yer almaktadır (Ek 2).

3.4.3. McGill - Melzack Ağrı Soru Formu

Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almıştır (Ek 3).

Birinci Bölüm: Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa "D", vücut yüzeyinde ise "Y", hem derinde hem de yüzeyde ise "DY" harfleri ile belirtmesi istenir.

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimeden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyusal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

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

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

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Aşağıdaki özellikleri içeren hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

1- Araştırmada kullanılacak olan anketleri değerlendiremeyeceği düşüncesiyle işitme, görme ve konuşma özrü olan hastalar,

2- Hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri sırasında diğer personelin araya girmeleri ve başka işler nedeniyle yapılan ağrı değerlendirmelerinin kesintiye uğraması,

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan 94 hasta ve 47 hemşireye ilişkin veriler SPSS Paket programı ile analiz edilmiştir. Kesikli değişkenlerin gruplar arası değerlendirmesinde Ki-kare testi, isimsel değişkenler arası uyum için Kappa ve sıralı değişkenler arası uyum için Gamma katsayıları kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında; ikili gruplar için t-testi veya Mann-Whitney testi, ikiden fazla gruplar olması durumunda ise ANOVA veya Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi olarak Tamhane veya Scheffe kullanılmıştır. Analizlerde $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi yöneticilerinden izin alınmıştır (Ek 4).

Hastalara ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmaları konusunda hastalar ve hemşirelerden izin alınmıştır. Araştırmayı kabul etmeyen 2 hemşire araştırma kapmasına dahil edilmemiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Çizelge 1'de hemşirelerin sosyo – demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması; $\overline{X}$ = 28.28 $\pm$ 5.286'dır. Hemşirelerin yaşlarına bakıldığında alt sınır 19, üst sınır ise 38 olarak gözlenmiştir. Hemşirelerin birimdeki çalışma sürelerine bakıldığında yıl ortalaması; $\overline{X}$ = 5.09 $\pm$ 5.680'dir. Birimdeki çalışma süreleri en az 3 ay, en fazla 20 yıl olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında ortalama; $\overline{X}$ = 7.07 $\pm$ 6.446'dır. Meslekteki çalışma süreleri en az 3 ay, en fazla 21 yıl olarak gözlenmiştir (Çizelge 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 38.3'ünün evli, % 61.7'sinin bekar; %17.0'sinin lise mezunu, % 23.4'ünün ön lisans, % 57.4'ünün lisans mezunu ve %2.1'inin yüksek lisans mezunu olduğu gözlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde %21.3'ü genel cerrahi 1 servisinde, % 14.9'u genel cerrahi 2 servisinde, % 17.0'si ortopedi servisinde, % 17.0'si jinekoloji servisinde, % 17.0'si üroloji servisinde ve % 12.8'i plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde çalıştıkları gözlenmiştir (Çizelge 1).

Hemşirelerin % 31.9'unun geçirilmiş operasyonunun olduğu, % 68.1'inin daha önce hiç operasyon geçirmediği gözlenmiştir.

Hemşirelere ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili önceden bilgilerinin durumu sorulduğunda % 80.9'unun bilgi sahibi olduğu, %19.1'inin ise bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur. Ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgisi olanların % 2.6'sı sağlık müdürlüğünün verdiği ya da buna benzer kurumların eğitimlerinden, % 26.3'ü hizmet içi eğitim programlarından, % 15.8'i iş sirkülasyonundan, % 55.3'ü lisans eğitiminden bu bilgiyi aldıkları görülmüştür (Çizelge 1).

Hemşirelerin % 91.5'i hastayla iletişimde problem yaşamadığı % 8.5'inin ise problem yaşadığı ve bu problemin hastayla aynı dili konuşmamaktan kaynaklandığı gözlenmiştir (Çizelge 1).

Çizelge 1. Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	**n (47)**	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Yaş	Median: 27 Min: 19 Max: 38	28.28	5,286
Birimdeki çalışma yılı	Median: 2 Min: 0 Max:20	5.09	5,680
Meslekteki çalışma yılı	Median: 4 Min: 0 Max:21	7.07	6,446
		Sayı	**%**
Medeni durum	Evli Bekar	18 29	38.3 61.7
Öğrenim seviyesi	Lise Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans	8 11 27 1	17,0 23,4 57,4 2,1
Çalıştığı birim	Genel Cerrahi 1 Genel Cerrahi 2 Ortopedi Jinekoloji Üroloji Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	10 7 8 8 8 6	21,3 14,9 17,0 17,0 17,0 12,8
Geçirilmiş operasyon	Var Yok	15 32	31,9 68,1
Ağrı ile ilgili bilgi	Var Yok	38 9	80.9 19.1
Ağrı bilgisini nereden aldığı	Sağlık müdürlüğü ya da buna benzer eğitimler Hizmet içi eğitim programı İş sirkülasyonu Lisans eğitimi	1 10 6 21	2,6 26,3 15,8 55,3
Hastalarla İletişimde Problem	Var Yok	4 43	8,5 91,5

4.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Çizelge 2'de hastaların sosyo – demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması; $\overline{X}$ = 44.68 $\pm$ 15.446'dır. Hastaların yaşlarına bakıldığında alt sınır 18, üst sınır 65 olarak gözlenmiştir. Hastaların % 37.2'si erkek, % 62.8'i kadındır. Hastaların % 60.8'i evli, % 27.7'si bekar, %5.3'ü boşanmış, % 6.4'ünün eşi ölmüştür.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında % 16.0'sı okur – yazar değil, % 13.8'i okur – yazar, % 25.5'i ilkokul mezunu, % 10.6'sı ortaokul mezunu, % 18.1'i lise mezunu, % 1.1'i ön lisans mezunu, % 12.8'i lisans mezunu ve % 2.1'i yüksek lisans mezunu olduğu gözlenmiştir (Çizelge 2).

Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %41.5'inin ev hanımı, % 19.1'inin işçi, % 13.8'inin özel sektör çalışanı, %9.6'sının kamu çalışanı, % 9.6'sının işsiz ve % 6.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür.

Hastaların % 21.3'ü köyde, % 6.4'ü belde de, % 21.3'ü ilçede, %16.0'ı şehirde, % 35.1'i büyük şehirde yaşamaktadır (Çizelge 2).

Hastaların % 55.3'ünün geçirilmiş operasyonu olduğu, % 44.7'sinin herhangi bir operasyon geçirmediği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların geçirdikleri operasyonlara göre dağılımlarına bakıldığında % 28.7'sinin küçük, %43.6'sının orta, % 27.7'sinin büyük operasyon geçirdiği gözlenmiştir (Çizelge 2).

Hastaların % 59.6'sı postoperatif 1. günde, % 40.6'sının postoperatif 2. günde olduğu gözlenmiştir.

Hastaların tedavi gördükleri birimlere göre dağılımlarına bakıldığında % 21.3'ü genel cerrahi 1 servisinde, %14.9'u genel cerrahi 2 servisinde, % 17.0'si ortopedi servisinde, % 17.0'si jinekoloji servisinde, % 17.0'si üroloji servisinde, % 12.8'i plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde oldukları gözlenmiştir (Çizelge 2).

Araştırmaya katılan hastaların % 100.0'ünün hastane personeliyle iletişimde problem yaşamadığı gözlenmiştir (Çizelge 2).

Çizelge 2. Hastaların Sosyo – Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	**n (94)**	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Yaş	Median: 48 Min: 18 Max: 65	44.68	15,446
		Sayı	**%**
Cinsiyet	Erkek	35	37,2
	Kadın	59	62,8
Medeni Durum	Evli	57	60,6
	Bekar	26	27,7
	Boşanmış	5	5,3
	Eşi Ölmüş	6	6,4
Öğrenim Durumu	Okur Yazar Değil	15	16,0
	Okur Yazar	13	13,8
	İlkokul	24	25,5
	Ortaokul	10	10,6
	Lise	17	18,1
	Ön Lisans	1	1,1
	Lisans	12	12,8
	Yüksek Lisans	2	2,1
Meslek	Ev hanımı	39	41,5
	İşçi	18	19,1
	Özel sektör çalışanı	13	13,8
	Kamu çalışanı	9	9,6
	İşsiz	9	9,6
	Serbest meslek	6	6,4
Oturduğu Yer	Köy	20	21,3
	Belde	6	6,4
	İlçe	20	21,3
	Şehir	15	16,0
	Büyükşehir	33	35,1
Önceki Operasyon	Var	52	55,3
	Yok	42	44,7
Geçirilen Operasyon	Küçük	27	28.7
	Orta	41	43.6
	Büyük	26	27.7
Postoperatif Kaçıncı Gün	1. Gün	56	59,6
	2. Gün	38	40,4
Hastanın Yattığı Klinik	Genel Cerrahi 1	20	21,3
	Genel Cerrahi 2	14	14,9
	Ortopedi	16	17,0
	Jinekoloji	16	17,0
	Üroloji	16	17,0
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	12	12,8
Personelle İletişimde Problem	Var	0	0,0
	Yok	94	100,0

4.3. Hemşirelerin ve Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

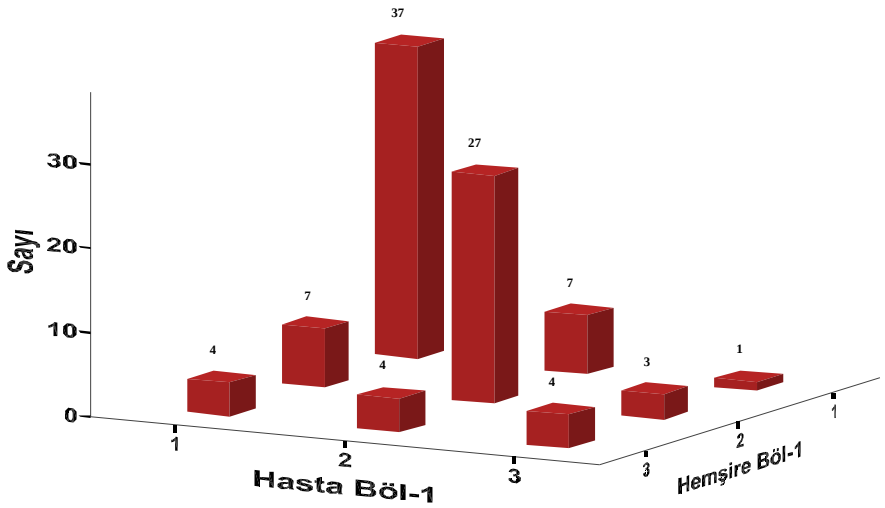
Çizelge 3'te hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm 1 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm 1 puanlarının uyumu verilmiştir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1'de; sadece yüzeysel ağrı, sadece derin ağrı, hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.732, $p<0.001$ olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 3).

Çizelge 3. Hemşire ve Hasta Bölüm 1 Puanlarının Uyumu

		Bölüm 1 Hasta Puanı		
		Yüzeysel Ağrı Sayı	**Derin Ağrı** Sayı	**Yüzeysel ve Derin Ağrı** Sayı
Bölüm 1 Hemşire Puanı	**Yüzeysel Ağrı** Sayı	**37**	7	1
	Derin Ağrı Sayı	7	**27**	3
	Yüzeysel ve Derin Ağrı Sayı	4	4	**4**



Şekil 1. Hemşire ve Hasta Bölüm 1 Puanlarının Uyumu

Çizelge 4'te hemşirelerin, Mc Gill – Melzack ağrı soru formunu kullanarak ağrılarını değerlendirdikleri hastalarına soru formunun Bölüm 2 ve Bölüm 4'ten verdikleri puanlar ile hastaların kendi kendilerini aynı soru formunu kullanarak değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanlarının ortalama değerleri, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 2 numaralı bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Değerlendirmeyi yapan kişi ağrıya uyan kelime kümesini seçer ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretler. İşaretlenen kelimeler puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir. Ağrı değerlendirme ölçeğinde 4 numaralı bölümde ağrı şiddetini belirlemeye yönelik 'hafif 'ağrı ile 'dayanılmaz ' ağrı arasında değişen beş kelime grubu ayrıca değerlendirmeyi yapan kişinin kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer alır. Sorular puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Hemşirelerin Bölüm 2 puanı ile hastanın Bölüm 2 puanı arasında (gamma kat sayısı = 0.346 p = 0.001) istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir.

Hemşirelerin Bölüm 4 puanı ile hastanın Bölüm 4 puanına bakıldığında (gamma kat sayısı = 0.346 p < 0.001) istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 4).

Çizelge 4. Hemşire ve Hasta Bölüm 2, Bölüm 4 Puanlarının Uyumu

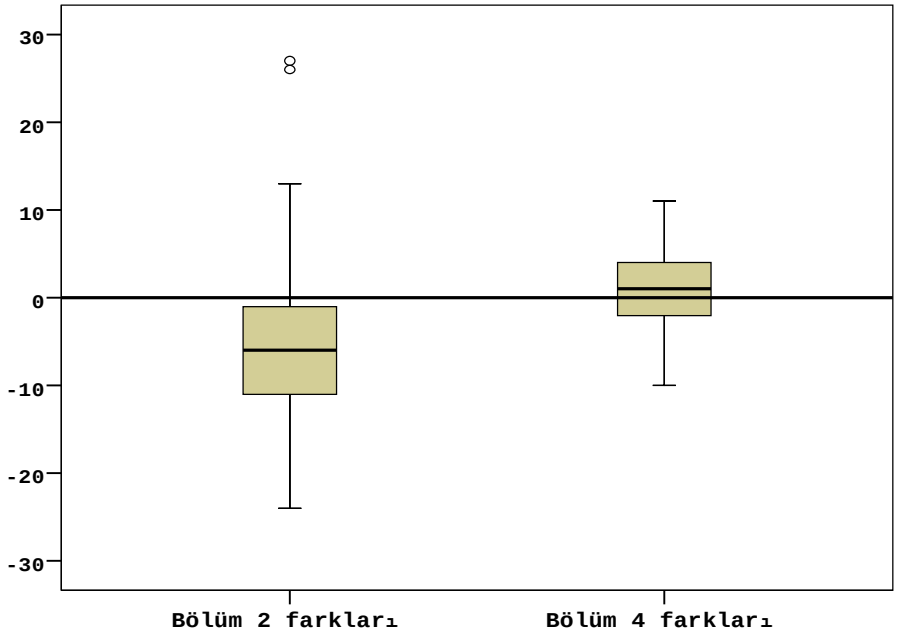
	Hemşire Puanı $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Hasta Puanı** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**P değeri**
Bölüm 2	11.01 ± 11.49 7.0 (0 /58)	13.49 ± 8.96 11.5 (1 /46)	0.001
Bölüm 4	18.49 ± 3.81 19 (9 / 29)	19.24 ± 3.89 19 (11 / 28)	< 0.001

Çizelge 5'te hemşirelerin eğitim durumlarına göre; 1 = lise mezunu, 2 = ön lisans mezunu, 3 = lisans mezunu olmak üzere Bölüm 2 ve Bölüm 4 farkları verilmiştir.

Hemşire eğitimi ile Bölüm 2 ve Bölüm 4 farklarına bakıldığında (p = 0.136, p = 0.126) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 5), (Şekil 2).

Çizelge 5. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Bölüm 2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı

	Hemşire Eğitimi			
	Lise $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Ön Lisans** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Lisans** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**P değeri**
Bölüm 2 farkı (Hasta puanı – hemşire puanı)	-8.25 ± 3.751 -9.0 (-15 / -1)	-2.36 ± 12.304 -5.0 (-24 / 27)	-5.11 ± 7.444 -6.0 (-18 / 13)	0.136
Bölüm 4 farkı (Hasta puanı – hemşire puanı)	-.06 ± 4.269 -1.5 (-10 / 17)	-.32 ± 4.269 -1.5 (-10 / 17)	1.41 ± 4.335 2.0 (-10 / 11)	0.126



Şekil 2. Bölüm 2 (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm 4 (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Farkları

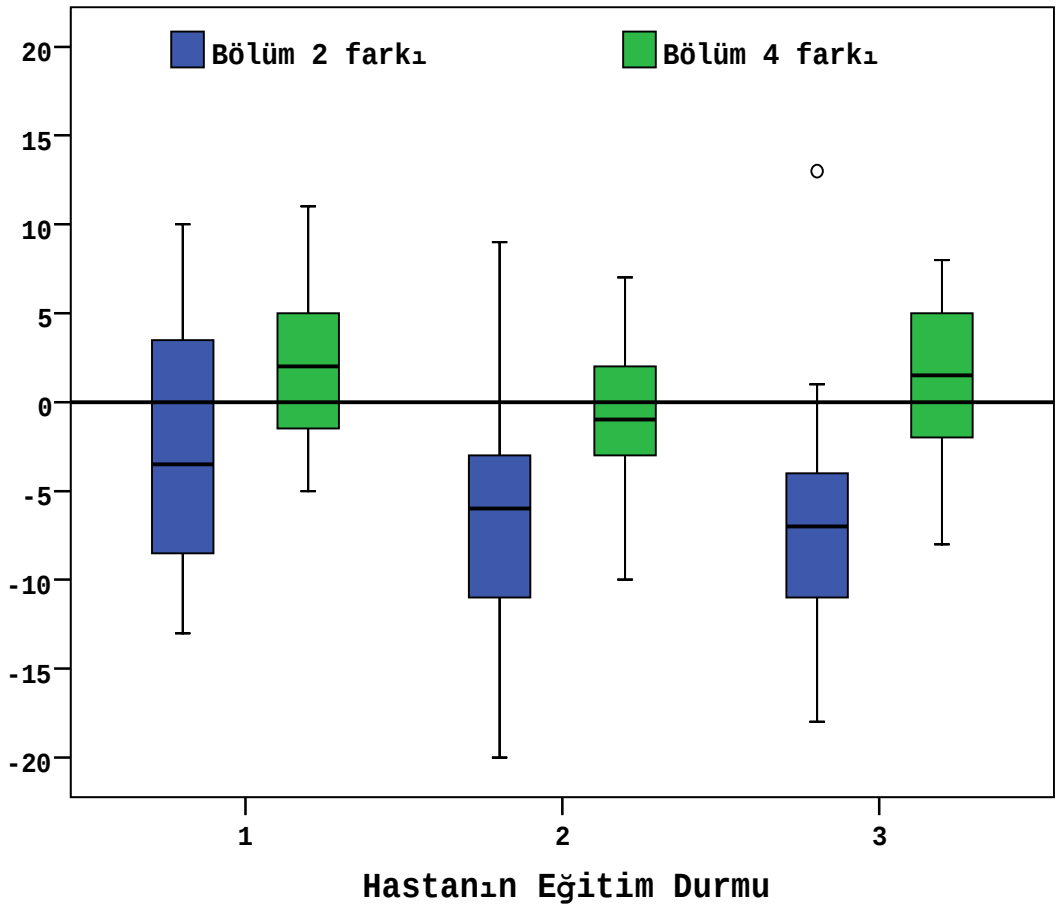
Bölüm 2'de hasta ve hemşire puanlarının farkı, hasta eğitim durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir (Çizelge 6),(Şekil 3).

Hasta eğitim durumları ilkokuldan az, ilköğretim mezunu, lise ve üzeri, olmak üzere veriler bu 3 ana gruba göre sınıflandırılmıştır.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaş ortalaması düşmektedir. Bölüm 2'den alınan hasta puanlarına bakıldığında yaş ortalaması düşük olanların ağrı değerlendirme puanı, hemşire değerlendirme puanlarına göre daha düşük bulunmuştur (Çizelge 6).

Çizelge 6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı

	Hasta Eğitimi			
	İlkokuldan Az $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**İlköğretim** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Lise ve Üzeri** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**P değeri**
Bölüm 2 farkı (Hasta puanı – hemşire puanı)	-1.57 ± 9.008 -3.5 (-13 / 27)	-5.85 ± 9.394 -6.0 (-24 / 26)	-7.09 ± 6.124 -7.0 (-18 / 13)	0.048
Bölüm 4 farkı (Hasta puanı – hemşire puanı	1.61 ± 3.871 2.0 (-5 / 11)	-.29 ± 4.072 -1.0 (-10 / 7)	1.13 ± 4.535 1.5 (-8 / 8)	0.216



Şekil 3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm2 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) ve Bölüm4 Farkı (Hasta Puanı – Hemşire Puanı) Dağılımı

Çizelge 7'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 1 puan dağılımı gösterilmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1; sadece yüzeysel ağrı, sadece derin ağrı, hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon, postoperatif kaçıncı gününde olduğu ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.998$, $p = 0.136$, $p = 0.411$, $p = 0.964$ $p = 0.374$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 7).

Çizelge 7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm1 Puan Dağılımı

	Bölüm 1 Hasta Puanı			
	Yüzeysel Ağrı Sayı (%)	**Derin Ağrı** Sayı (%)	**Yüzeysel ve Derin Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet				
Erkek	18 (51.4)	14 (40.0)	3 (8.6)	0.998
Kadın	30 (50.8)	24 (40.7)	5 (8.5)	
Medeni durum				
Evli	26 (45.6)	10 (38.5)	1 (3.8)	0.136
Bekar	22 (62.5)	14 (36.1)	1 (1.3)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	27 (51.9)	19 (36.5)	6 (11.5)	0.411
Yok	21 (50.0)	19 (45.2)	2 (4.8)	
Postop Kaçıncı Gün				
1.	28 (50.0)	23 (41.1)	5 (8.9)	0.964
2.	20 (52.6)	15 (39.5)	3 (7.9)	
Eğitim Durumu				
İlkokuldan az	13 (46.4)	11 (39.3)	4 (14.3)	
İlköğretim	15 (42.1)	16 (47.1)	3 (8.8)	0.374
Lise ve üzeri	20 (62.5)	11 (34.4)	1 (3.1)	

Çizelge 8'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 puan dağılımı gösterilmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3 numaralı bölüm ağrının zamanla ilişkisinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 3/ 1-1' de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir.

Bu bölüm; devamlı ağrı, kararlı ağrı, sabit ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.564$, $p = 0.463$, $p = 0.836$ $p = 0.855$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 8).

Çizelge 8. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/1-1 Puan Dağılımı

	Bölüm 3 / 1-1 Hasta Puanı			
	Devamlı Ağrı Sayı (%)	**Kararlı Ağrı** Sayı (%)	**Sabit Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet				
Erkek	22 (62.9)	10 (28.6)	3 (8.6)	0.564
Kadın	39 (66.1)	12 (20.3)	8 (13.6)	
Medeni durum				
Evli	36 (63.2)	13 (22.3)	8 (14.0)	0.463
Bekar	25 (67.5)	9 (24.3)	3 (8.2)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	35 (67.3)	11 (21.2)	6 (11.5)	0.836
Yok	26 (61.9)	11 (26.2)	5 (11.9)	
Eğitim Durumu				
İlkokuldan az	20 (71.4)	5 (17.9)	3 (10.7)	0.855
İlköğretim	20 (58.8)	10 (29.4)	4 (11.8)	
Lise ve üzeri	21 (65.6)	7 (21.9)	4 (12.5)	

Çizelge 9'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 puan dağılımı gösterilmektedir.

Bölüm 3/ 1-2' de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada ritmik ağrı, periyodik ağrı, aralıklı ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.412$, $p = 0.723$, $p = 0.208$, $p = 0.694$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 9).

Çizelge 9. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/1-2 Puan Dağılımı

	Bölüm 3/ 1-2 Hasta Puanı			
	Ritmik Ağrı Sayı (%)	**Periyodik Ağrı** Sayı (%)	**Aralıklı Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet				
Erkek	8 (22.9)	5 (14.3)	22 (62.9)	0.412
Kadın	21 (35.6)	8 (13.6)	30 (50.8)	
Medeni durum				
Evli	15 (26.3)	8 (14.0)	34 (59.6)	0.723
Bekar	14 (37.9)	5 (13.5)	18(48.6)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	13 (25.0)	6 (11.5)	33 (63.5)	0.208
Yok	16 (38.1)	7 (16.7)	19 (45.2)	
Eğitim Durumu				
İlkokuldan az	9 (32.1)	4 (14.3)	15 (53.6)	
İlköğretim	10 (29.49	5 (14.7)	19 (55.9)	0.694
Lise ve üzeri	10 (31.3)	4 (12.5)	18 (56.3)	

Çizelge 10'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 puan dağılımı gösterilmektedir.

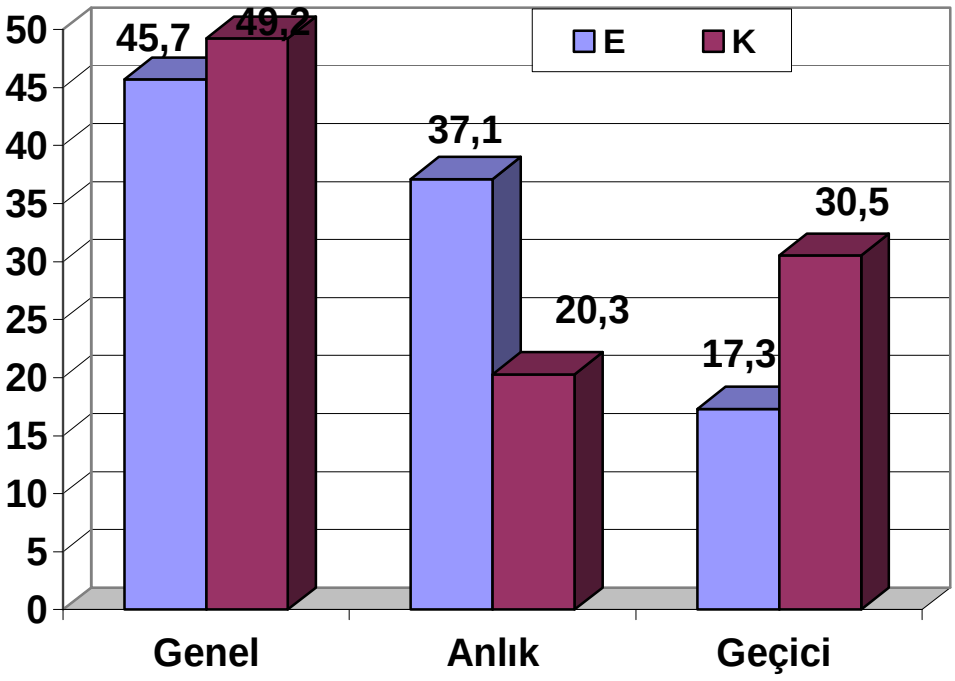
Bölüm 3/ 1-3'te ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada genel ağrı, anlık ağrı, geçici ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.145$, $p = 0.905$, $p = 0.221$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 10).

Hastaların cinsiyete göre Bölüm 3/ 1-3 hasta puanı dağılımına bakıldığında $p = 0.140$ olarak görülmüştür (Şekil 4). Ancak anlık ve geçici ağrıların oranı erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Bu farklılığın geçirilen operasyon türlerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/ 1-3 Puan Dağılımı

	Bölüm 3/ 1-3 Hasta Puanı			
	Genel Ağrı Sayı (%)	**Anlık Ağrı** Sayı (%)	**Geçici Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet				
Erkek	16 (45.7)	13 (37.1)	6 (17.1)	0.140
Kadın	29 (49.2)	12 (20.3)	18 (30.5)	
Medeni durum				0.145
Evli	31 (54.4)	13 (22.8)	13 (22.8)	
Bekar	14 (37.8)	12 (32.4)	11 (29.8)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	25 (48.1)	13 (25.0)	14 (26.9)	0.905
Yok	20 (47.6)	12 (28.6)	10 (23.8)	
Eğitim Durumu				
İlkokuldan az	16 (57.1)	4 (14.3)	8 (28.6)	0.221
İlköğretim	18 (52.9)	9 (26.5)	7 (20 .6)	
Lise ve üzeri	11 (34.4)	12 (37.5)	9 (28.1)	



Şekil 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Bölüm3/ 1-3 Puan Dağılımı

Çizelge 11'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/2'nin dağılımı gösterilmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/2 numaralı bölüm ağrıyı azaltan faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Bölüm 3/2' de ağrıyı azaltan faktörler değerlendirilmektedir.

Bu bölüme verilen cevapların, % 86.2' sini ilaç almak, % 13.8'ini diğer cevaplar oluşturmuştur. Bu nedenle ' ilaç almak ağrıyı azaltır' cevabı ile hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 2 hasta puanına bakıldığında (p = 0.170, p = 0. 976, p = 0.208, p = 0. 374) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Hastaların geçirilmiş operasyona göre Bölüm 3/2 hasta puanı dağılımına bakıldığında (p = 0.063) önceden operasyon geçirmemiş olanların, operasyon geçirmiş olanlara göre ilaç almanın ağrıyı azaltacağı düşüncesinde olduğu gözlenmiştir (Çizelge 11).

Çizelge 11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/2 Puan Dağılımı

	Bölüm 3/2 Hasta Puanı		
	İlaç Almak Ağrıyı Azaltır		
	Hayır Sayı (%)	**Evet** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet			
Erkek	9 (25.7)	26 (74.3)	0.170
Kadın	8 (13.6)	51 (86.4)	
Medeni durum			
Evli	11 (19.3)	46 (80.7)	0.976
Bekar	6 (16.3)	31 (83.7)	
Geçirilmiş Operasyon			
Var	13 (25.0)	39 (75.0)	0.063
Yok	4 (9.5)	38 (90.5)	
Eğitim Durumu			
İlkokuldan az	5 (17.9)	23 (82.1)	
İlköğretim	4 (11.8)	30 (88.2)	0.374
Lise ve üzeri	8 (25.0)	24 (75.0)	

Çizelge 12'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/3'ün dağılımı gösterilmektedir.

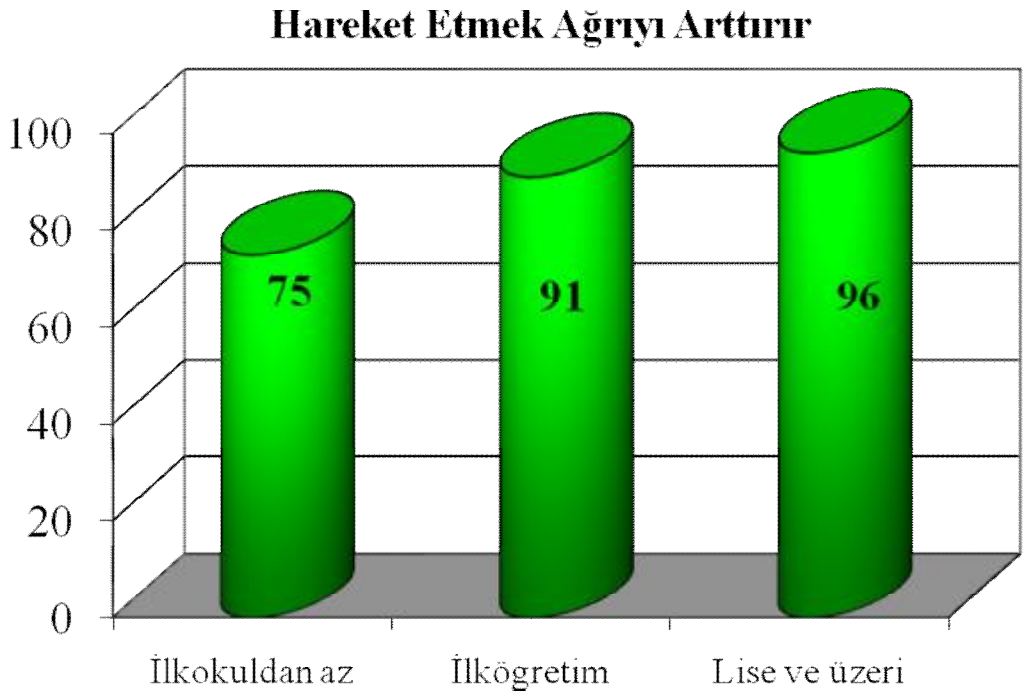
Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/3 numaralı bölüm ağrıyı arttıran faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Bölüm 3/3' de ağrıyı arttıran faktörler değerlendirilmektedir. Bu bölüme verilen cevapların, % 87.8'sini hareket etmek, % 12.2'ini diğer cevaplar oluşturmuştur. Bu nedenle ' hareket etmek ağrıyı arttırır ' cevabı ile hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve geçirilmiş operasyon gibi özelliklerine göre Bölüm 3/3 hasta puanına bakıldığında (p = 0.529, p = 0. 435, p = 0.999) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 12).

Hastaların eğitim durumuna göre Bölüm 3/3 hasta puanı dağılımına bakıldığında (p = 0.010) mezun olunan okulun derecesi artarken hareket etmek ağrıyı arttırır cevabında da artış vardır, ikisi arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (Çizelge 12), (Şekil 5).

Çizelge 12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/3 Puan Dağılımı

	Bölüm 3/3 Hasta Puanı		
	Hareket Etmek Ağrıyı Arttırır		
	Hayır Sayı (%)	**Evet** Sayı (%)	**P değeri**
Cinsiyet			
Erkek	3 (8.6)	32 (91.4)	0.529
Kadın	8 (13.6)	51 (86.4)	
Medeni durum			
Evli	8 (14.0)	49 (86.0)	0.435
Bekar	3 (8.2)	34 (91.8)	
Geçirilmiş Operasyon			
Var	6 (11.5)	46 (88.5)	0.999
Yok	5 (11.9)	37 (88.1)	
Eğitim Durumu			
İlkokuldan az	7 (25.0)	21 (75.0)	
İlköğretim	3 (8.8)	31 (91.2)	0.010
Lise ve üzeri	1 (3.1)	31 (96.9)	



Şekil 5. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm3/3 Dağılımı

Çizelge 13'te hastaların cinsiyetine göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 puan dağılımları verilmektedir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 2 numaralı bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Değerlendirmeyi yapan kişi ağrıya uyan kelime kümesini seçer ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretler. İşaretlenen kelimeler puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 4 numaralı bölümde ağrı şiddetini belirlemeye yönelik 'hafif 'ağrı ile 'dayanılmaz ' ağrı arasında değişen beş kelime grubu ayrıca değerlendirmeyi yapan kişinin kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer alır. Sorular puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Hastanın cinsiyetine göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için $p = 0.285$, bölüm 4 için $p = 0.403$ olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 13).

Çizelge 13. Hastaların Cinsiyetine Göre Bölüm2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı

	Hasta Cinsiyeti		
	Erkek $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Kadın** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**P değeri**
Bölüm 2	11.54 ± 6.959 12.0 (1 /32)	14.64 ± 9.840 11.0 (2 /46)	0.285
Bölüm 4	18.69 ± 3.954 18.0 (11 / 26)	19.58 ± 3.856 19.0 (13 / 28)	0.403

Çizelge 14'te hastanın geçirilmiş operasyonuna göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 puan dağılımları verilmektedir. Hastanın geçirilmiş operasyonun varlığına göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için p = 0.615, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir; Bölüm 4 için p = 0.053, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (Çizelge 14).

Çizelge 14. Hastaların Geçirilmiş Operasyonlarına Göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı

	Hastanın Geçirilmiş Operasyonu		
	Var $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**Yok** $\overline{X}$ ± Sd Median (min/max)	**P değeri**
Bölüm 2	14.63 ± 10.870 13.0 (1 /46)	12.07 ± 5.620 11.0 (4 /32)	0.615
Bölüm 4	18.63 ± 3.662 18.0 (12 / 28)	20.00 ± 4.084 19.5 (11 / 27)	0.053

Çizelge 15'te hastanın eğitim durumuna göre Bölüm 2 ve Bölüm 4 puan dağılımları verilmektedir.

Hastanın eğitim durumuna göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için p = 0.021, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir, hastaların eğitim düzeyi arttıkça bölüm 2 için ağrı puanlarında azalma olduğu gözlenmektedir. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılıma bakıldığında bölüm 4 için p = 0.451 olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 15).

Çizelge 15. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Bölüm2 ve Bölüm 4 Puan Dağılımı

	Hastanın Eğitim Durumu			
	İlkokuldan Az $\overline{X}$ ± Sd Median(min/max)	**İlköğretim** $\overline{X}$ ± Sd Median(min/max)	**Lise ve Üzeri** $\overline{X}$ ± Sd Median(min/max)	**P değeri**
Bölüm 2	16.18 ± 8.924 14.0 (6 / 43)	14.15 ± 9.823 13.5 (1 / 46)	10.44 ± 7.238 9.0 (1 / 40)	0.021
Bölüm 4	19.36 ± 3.803 19.0 (11 / 24)	19.71 ± 3.697 19.0 (12 / 28)	18.66 ± 4.217 18.0 (11 /27)	0.451

Çizelge 16'da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 1 puan dağılımı gösterilmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1; sadece yüzeysel ağrı, sadece derin ağrı, hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 puanına bakıldığında (p = 0.527, p = 0.742 p = 0.609) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 16).

Çizelge 16. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm1 Puan Dağılımı

	Hemşire Bölüm 1 Puanı			
	Yüzeysel Ağrı Sayı (%)	**Derin Ağrı** Sayı (%)	**Yüzeysel ve Derin Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Medeni durum				
Evli	18 (50.0)	12 (33.3)	6 (16.7)	0.527
Bekar	27 (46.6)	25 (43.1)	6 (10.3)	
Geçirilmiş Operasyon				0.742
Var	14 (46.7)	11 (36.7)	5 (16.7)	
Yok	31 (48.4)	26 (40.6)	7 (10.9)	
Eğitim Durumu				0.609
Lise	10 (62.5)	4 (25.0)	2 (12.5)	
Ön Lisans	9 (40.9)	9 (40.9)	4 (18.2)	
Lisans	26 (46.4)	24 (42.9)	6 (10.7)	

Çizelge 17'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 puan dağılımı gösterilmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3 numaralı bölüm ağrının zamanla ilişkisinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 3/ 1-1'de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölümde; devamlı ağrı, kararlı ağrı, sabit ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hemşire puanına bakıldığında ($p = 0.693$, $p = 0.297$ $p = 0.298$) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 17).

Çizelge 17. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/ 1-1 Puan Dağılımı

	Hemşire Bölüm 3/ 1-1 Puanı			
	Devamlı Ağrı Sayı (%)	**Kararlı Ağrı** Sayı (%)	**Sabit Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Medeni durum				
Evli	16 (44.4)	9 (25.0)	11 (30.6)	0.693
Bekar	25 (43.1)	11 (19.0)	22 (37.9)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	13 (43.3)	9 (30.0)	8 (26.7)	0.297
Yok	28 (43.8)	11 (17.2)	25 (39.1)	
Eğitim Durumu				
Lise	6 (37.5)	6 (37.5)	4 (25)	0.298
Ön Lisans	10 (45.5)	2 (9.1)	10 (45.5)	
Lisans	25 (44.6)	12 (21.4)	19 (33.9)	

Çizelge 18'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 puan dağılımı gösterilmektedir. Bölüm 3/ 1-2'de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada ritmik ağrı, periyodik ağrı, aralıklı ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hemşire puanına bakıldığında ($p = 0.788$, $p = 0.368$ $p = 0.641$) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 18).

Çizelge 18. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/ 1-2 Puan Dağılımı

	Hemşire Bölüm 3/ 1-2 Puanı			
	Ritmik Ağrı Sayı (%)	**Periyodik Ağrı** Sayı (%)	**Aralıklı Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Medeni durum				
Evli	11 (30.6)	9 (25.0)	16 (44.4)	0.788
Bekar	19 (32.8)	11 (19.0)	28 (48.2)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	8 (26.7)	9 (30.0)	13 (43.3)	0,368
Yok	22 (34.4)	11 (17.2)	31 (48.4)	
Eğitim Durumu				
Lise	6 (37.5)	4 (25.0)	6 (37.5)	
Ön Lisans	6 (27.3)	5 (22.7)	11 (50.0)	0.641
Lisans	18 (32.1)	11 (19.6)	27 (48.2)	

Çizelge 19'da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 puan dağılımı gösterilmektedir.Bölüm 3/ 1-3'te ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada genel ağrı, anlık ağrı, geçici ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.755, p = 0.467 p = 0.189) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 19).

Çizelge 19. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bölüm3/ 1-3 Puan Dağılımı

	Hemşire Bölüm 3/ 1-3 Puanı			
	Genel Ağrı Sayı (%)	**Anlık Ağrı** Sayı (%)	**Geçici Ağrı** Sayı (%)	**P değeri**
Medeni durum				
Evli	12 (33.3)	11 (30.6)	13 (36.1)	0.755
Bekar	11 (39.7)	18 (31.0)	17 (29.3)	
Geçirilmiş Operasyon				
Var	9 (30.0)	9 (30.0)	12 (40.0)	0.467
Yok	26 (40.6)	20 (31.3)	18 (28.1)	
Eğitim Durumu				
Lise	6 (37.5)	7 (43.8)	3 (18.8)	
Ön Lisans	11 (50.0)	5 (22.7)	6 (27.3)	0.189
Lisans	18 (32.1)	17 (30.4)	21 (37.5)	

Çizelge 20'de hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm3/1-1 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm3/1-1 puanlarının uyumu verilmiştir.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.290, p = 0.063 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmemiştir (Çizelge 20).

Çizelge 20. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-1 Puanlarının Uyumu

		Bölüm 3/ 1-1 Hasta Puanı		
		Devamlı Ağrı Sayı	**Kararlı Ağrı** Sayı	**Sabit Ağrı** Sayı
Bölüm 3/ 1-1 Hemşire Puanı	**Devamlı Ağrı** Sayı	**32**	6	3
	Kararlı Ağrı Sayı	9	**9**	2
	Sabit Ağrı Sayı	20	7	**6**

Çizelge 21'de hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm3/1-2 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm3/1-2 puanlarının uyumu verilmiştir.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.380, p = 0.008 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 21).

Çizelge 21. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-2 Puanlarının Uyumu

		Bölüm 3/ 1-2 Hasta Puanı		
		Ritmik Ağrı Sayı	**Periyodik Ağrı** Sayı	**Aralıklı Ağrı** Sayı
Bölüm 3/ 1-2 Hemşire Puanı	**Ritmik Ağrı** Sayı	**15**	5	10
	Periyodik Ağrı Sayı	5	**1**	14
	Aralıklı Ağrı Sayı	9	7	**28**

Çizelge 22'de hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm3/1-3 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm3/1-3 puanlarının uyumu verilmiştir.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.357, p = 0.007 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 22).

Çizelge 22. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/1-3 Puanlarının Uyumu

		Bölüm 3/ 1-3 Hasta Puanı		
		Genel Ağrı Sayı	**Anlık Ağrı** Sayı	**Geçici Ağrı** Sayı
Bölüm 3/ 1-3 Hemşire Puanı	**Genel Ağrı** Sayı	**24**	7	4
	Anlık Ağrı Sayı	9	**10**	10
	Geçici Ağrı Sayı	12	8	**10**

Çizelge 23'te hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm3/2 puanı ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm3/2 puanının uyumu verilmiştir.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum % 80'dir, kappa ilişki kat sayısı 0.209, p = 0.031 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 23).

Çizelge 23. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/2 Puanlarının Uyumu

	Bölüm 3/2 Hasta Puanı	
	İlaç Almak Ağrıyı Azaltır	
	Hayır Sayı	**Evet** Sayı
Bölüm 3/ 2 Hemşire Puanı	**72**	13
	5	**4**

Çizelge 24'te hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm3/2 puanı ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm3/2 puanının uyumu verilmiştir.

Hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum % 78.7'dir, kappa ilişki kat sayısı 0.158 p = 0.125 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmemiştir (Çizelge 24).

Çizelge 24. Hemşire ve Hasta Bölüm 3/3 Puanlarının Uyumu

	Bölüm 3/3 Hasta Puanı	
	Hareket Etmek Ağrıyı Arttırır	
	Hayır Sayı	**Evet** Sayı
Bölüm 3/ 3 Hemşire Puanı	**74**	8
	9	**3**

5. TARTIŞMA

5.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Araştırma kapsamına Çukurova Üniversitesi Balcalı hastanesi genel cerrahi 1 ve 2 servisleri, ortopedi servisi, jinekoloji servisi, üroloji servisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde çalışan toplam 47 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalaması; $\overline{X}$ = 28.28 $\pm$ 5.286'dır. Hemşirelerin yaşlarına bakıldığında alt sınır 19, üst sınır ise 38 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Hemşirelerin birimdeki çalışma sürelerine bakıldığında yıl ortalaması; $\overline{X}$ = 5.09 $\pm$ 5.680'dir. Birimdeki çalışma süreleri en az 3 ay, en fazla 20 yıl olarak bulunmuştur. Hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında ortalama; $\overline{X}$ =7.07 $\pm$ 6.446'dır. Meslekteki çalışma süreleri en az 3 ay, en fazla 21 yıl olarak bulunmuştur (Çizelge 1). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarının genç olduğu ve meslekteki hemşirelik deneyimlerinin, birimdeki deneyimlerinden fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 38.3'ünün evli, % 61.7'sinin bekar; % 17.0'sinin lise mezunu, % 23.4'ünün ön lisans, % 57.4'ünün lisans mezunu ve % 2.1'inin yüksek lisans mezunu olduğu bulunmuştur (Çizelge 1).

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde % 21.3'ü genel cerrahi 1 servisinde, % 14.9'u genel cerrahi 2 servisinde, % 17.0'si ortopedi servisinde, % 17.0'si jinekoloji servisinde, % 17.0'si üroloji servisinde ve % 12.8'i plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde çalıştıkları bulunmuştur (Çizelge 1).

Hemşirelerin % 31.9'unun geçirilmiş operasyonunun olduğu, % 68.1'inin daha önce hiç operasyon geçirmediği bulunmuştur (Çizelge 1).

Hemşirelere ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili önceki bilgilerinin durumu sorulduğunda % 80.9'unun bilgi sahibi olduğu, %19.1'inin ise bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur (Çizelge 1). Ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgisi olanların % 2.6'sı sağlık müdürlüğünün verdiği ya da buna benzer kurumların eğitimlerinden, % 26.3'ü hizmet içi eğitim programlarından, % 15.8'i iş sirkülasyonundan, % 55.3'ü lisans eğitiminden

bu bilgiyi aldığı görülmüştür (Çizelge 1). Ağrı çok boyutlu bir bulgu olduğu için kontrolü de multidisipliner ekip ile gerçekleştirilebilmektedir. Ağrı yönetiminde sözü edilen multidisipliner ekipte; ağrıyı deneyimleyen hasta, ilaçlarla ağrı kontrolüne karar verici hekim ve ilaçları uygulayan, etkilerini izleyen ve ilaç dışı yöntemlerle ağrıyı kontrol altına almaya çalışan hemşire yer almaktadır. Hemşirelerin ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgi durumlarına bakıldığında % 55.3'ünün (Çizelge 1). Benzer bir şekilde Özer ve Bölükbaşı'nın[69] çalışmasında da % 94.33'ünün okulda ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgi almış oldukları saptanmıştır. Okulda ağrı eğitimi alma oranının son yıllarda artış göstermesi, hemşirelik ve ağrı biliminin gelişmesine, ağrı kavramının ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarının ve ekip çalışmasının hasta bakımındaki önemine bağlanabilir.

Hemşirelerin % 91.5'i hastayla iletişimde problem yaşamadığı % 8.5'inin ise problem yaşadığı ve bu problemin hastayla aynı dili konuşmamaktan kaynaklandığı bulunmuştur (Çizelge 1).

5.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Araştırma kapsamına Çukurova Üniversitesi Balcalı hastanesi genel cerrahi 1 ve 2 servisleri, ortopedi servisi, jinekoloji servisi, üroloji servisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde tedavi gören toplam 94 hasta katılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması; $\overline{X}$ = 44.68 $\pm$ 15.446'dır. Hastaların yaşlarına bakıldığında alt sınır 18, üst sınır 65 olarak bulunmuştur (Çizelge 2).

Hastaların % 37.2'si erkek, % 62.8'i kadındır. Hastaların % 60.8'i evli, % 27.7'si bekar, %5.3'ü boşanmış, % 6.4'ünün eşi ölmüştür (Çizelge 2).

Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmasında cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, % 67.3'ünün kadın, % 32.7'nin erkek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada hastaların %59.3 'ünün evli olduğu ve bunun hastaların yaş grupları ile ilgili olduğu düşünülmektedir[70]. Özer' in çalışmasında da aynı sonuçların olduğu gözlenmektedir[69]. Çalışmamızda da literatürle paralellik olduğu gözlenmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında ise % 16.0'sı okur – yazar değil, % 13.8'i okur – yazar, % 25.5'i ilkokul mezunu, % 10.6'sı ortaokul mezunu, % 18.1'i lise mezunu, % 1.1'i ön lisans mezunu, % 12.8'i lisans mezunu ve % 2.1'i yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür (Çizelge 2).

Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %41.5'inin ev hanımı, % 19.1'inin işçi, % 13.8'inin özel sektör çalışanı, %9.6'sının kamu çalışanı, % 9.6'sının işsiz ve % 6.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür (Çizelge 2).

Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmasında hastaların % 50'sinin ev hanımı oldukları gözlenmektedir[70]. Eğitim, meslek seçiminde önemli bir kriter olmasına karşın; çalışma kapsamındaki hastaların eğitim düzeylerinin düşük ve büyük çoğunluğun kadın olması; bunun sonucunda iş bulma olanağının olmaması nedeniyle ev hanımı sayısının diğer mesleklere oranla fazla olduğu düşünülmektedir.

Hastaların % 21.3'ü köyde, % 6.4'ü belde de, % 21.3'ü ilçede, %16.0'ı şehirde, % 35.1'i büyük şehirde yaşamaktadır (Çizelge 2).

Hastaların % 55.3'ünün geçirilmiş operasyonu olduğu, % 44.7'sinin herhangi bir operasyon geçirmediği bulunmuştur (Çizelge 2).

Baruk ve Güler'in çalışmasında hastaların % 54.9'u daha önce ameliyat deneyimi yaşamış ve bunların tamamına yakını ameliyat sonrasında ağrı deneyimlemiştir[71].

Aslan'ın çalışmasında önceden cerrahi girişim ve ağrı deneyimi olan ve ağrı ile baş etmede ilaç dışı yöntemler kullanan hastaların bu dönemde daha az ağrı deneyimlediği görülmüştür[51].

Araştırmaya katılan hastaların geçirdikleri operasyonlara göre dağılımlarına bakıldığında % 28.7'sinin küçük, %43.6'sının orta, % 27.7'sinin büyük operasyon geçirdiği görülmüştür (Çizelge 2).

Hastaların % 59.6'sı postoperatif dönemin 1. gününde, % 40.6'sınınm postoperatif dönemin 2. gününde olduğu görülmüştür (Çizelge 2).

Hastaların tedavi gördükleri birimlere göre dağılımlarına bakıldığında %21.3'ü genel cerrahi 1 servisinde, %14.9'u genel cerrahi 2 servisinde, % 17.0'si ortopedi servisinde, % 17.0'si jinekoloji servisinde, % 17.0'si üroloji servisinde, % 12.8'i plastik ve rekonstrüktif cerrahi servisinde oldukları görülmüştür (Çizelge 2).

Araştırmaya katılan hastaların % 100.0'ünün hastane personeliyle iletişimde hiçbir problem yaşamadığı bulunmuştur (Çizelge 2).

5.3. Hemşirelerin Ve Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1'de; 1 = sadece yüzeysel ağrı, 2 = sadece derin ağrı, 3 = hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm 1 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm 1 puanları arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.732, $p<0.001$ olduğundan istatistiksel anlamlı uyum görülmüştür (Çizelge 3).

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 2 numaralı bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Değerlendirmeyi yapan kişi ağrıya uyan kelime kümesini seçer ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretler. İşaretlenen kelimeler puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 4 numaralı bölümde ağrı şiddetini belirlemeye yönelik 'hafif 'ağrı ile 'dayanılmaz ' ağrı arasında değişen beş kelime grubu ayrıca değerlendirmeyi yapan kişinin kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer alır. Sorular puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Hemşirelerin, ağrılarını değerlendirdikleri hastalarının Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanları ile hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri sonucu verdikleri Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanlarının ortalama değerleri, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir (Çizelge 4).

Hemşirelerin Bölüm 2 puanı ile hastanın Bölüm 2 puanı arasında (gamma kat sayısı 0.346 $p = 0.001$) istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir.

Hemşirelerin Bölüm 4 puanı ile hastanın Bölüm 4 puanına bakıldığında (gamma kat sayısı 0.346 $p < 0.001$) istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 4).

Hemşire eğitimi ile Bölüm 2 ve Bölüm 4 farklarına bakıldığında ($p = 0.136$, $p = 0.126$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 5), (Şekil 2).

Bölüm 2'de hasta ve hemşire puanlarının farkı, hasta eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (Çizelge 6), (Şekil 3).

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaş ortalaması düşmektedir. Bölüm 2'den alınan hasta puanlarına bakıldığında yaş ortalaması düşük olanların ağrı değerlendirme puanı, hemşire değerlendirme puanlarına göre daha düşük bulunmuştur (Çizelge 6).

Yaş ağrı algılama eşiğinde güçlü bir etkiye sahiptir[51]. Mc Caffery' nin çalışmasında hemşirelerin, yaşlı hastaların gençlere göre ağrı şiddetlerinin daha abartılı ifade ettikleri, hissettikleri görüşüne varılmıştır[72].Aslan'ın çalışmasında yaş ilerledikçe hastaların bildirdikleri ağrı şiddetinin azaldığı görülmektedir[51]. Yavuz ve Özbayır' ın çalışmasında ise yaş ile ağrı şiddetleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir[73].Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların ağrıyla baş etme yöntemlerini de başarıyla kullandıkları belirtilmektedir. Bu sonuca göre hastaların eğitim düzeyi düştükçe ağrı şikayetinde de artış olması beklenen bir durum olarak gözlenmektedir[51].

Sloman ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada toplam ağrı şiddetine bakıldığında hemşirelerin ağrı şiddetini hastalara göre daha düşük değerlendirdiklerine (Hasta puanı – Hemşire puanı $\overline{X}$ = 2.06, p = 0.028) ilişkin bulgular elde etmişlerdir[3]. Ancak çalışmamızda edinilen sonuçlar (Hasta Puanı – Hemşire Puanı; Bölüm 2 $\overline{X}$ = – 2.49, p = 0.001 ve Bölüm 4 $\overline{X}$ = –.75, p < 0.001) literatürle uyum göstermemektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1'de; 1 = sadece yüzeysel ağrı, 2 = sadece derin ağrı, 3 = hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon, postoperatif kaçıncı gününde olduğu ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 hasta puanına bakıldığında (p = 0.998, p = 0.136, p = 0.411, p = 0.964 p = 0.374) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 7).

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3 numaralı bölüm ağrının zamanla ilişkisinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 3/ 1-1' de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölümde 1 = devamlı ağrı, 2 = kararlı ağrı, 3 = sabit ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hasta puanına bakıldığında (p = 0.564, p = 0.463, p = 0.836 p = 0.855) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 8).

Bölüm 3/ 1-2’ de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada 1 = ritmik ağrı, 2 = periyodik ağrı, 3 = aralıklı ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hasta puanına bakıldığında (p = 0.412, p = 0. 723, p = 0.208, p = 0. 694) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 9).

Bölüm 3/ 1-3’te ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada 1 = genel ağrı, 2 = anlık ağrı, 3 = geçici ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hasta puanına bakıldığında (p = 0.145, p = 0.905, p = 0.221) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 10).

Erkeklerde yüksek ağrı toleransının takdir gördüğü toplumumuzda, ağrıyı erişkinlerin çocuklardan, erkeklerinde kadınlardan daha iyi tolere etmesi beklenir[1]. Ayrıca erkeklerin ve kadınların ağrıya, benzer tepkiler verdikleri görülmekle birlikte, uygulamada kadınların erkeklerden daha çok ağrı çektikleri belirtilmektedir[43].

Bulgularımız sözü edilen bu klasik literatür bilgileri ile paralellik göstermesine rağmen, cinsiyetin ağrı algısını etkilemediğini, genel olarak kadın ve erkek arasında ağrıya tepkide fark olmadığını destekleyen literatürlerde vardır[18, 51, 73].

Ignatavicius ve arkadaşlarının çalışmasına göre kadınların ağrı durumunda erken analjezi talep ettikleri, fakat tek dozla uzun süre yetindikleri belirtilmektedir[74].

Puntillo ve Weiss’in çalışmalarında ağrı toleransının erkeklerde daha fazla olduğu, cinsler arasındaki bu farkın ağrıya yönelik etnik tutumları yansıttığı genellikle de yüksek ağrı toleransının faktör edildiği bilinmektedir[75].

Cinsiyete göre Bölüm 3/ 1-3 hasta puanı dağılımına bakıldığında p = 0.140 olarak görülmüştür. Ancak anlık ve geçici ağrıların oranı erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Bu farklılığın geçirilen operasyon türlerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.(Çizelge 10), (Şekil 4).

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/2 numaralı bölüm ağrıyı azaltan faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Bölüm 3/2’ de ağrıyı azaltan faktörler değerlendirilmektedir.

Bu bölüme verilen cevapların, % 86.2' sini ilaç almak, % 13.8'ini diğer cevaplar oluşturmuştur. Bu nedenle ' ilaç almak ağrıyı azaltır' cevabı ile hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Özer ve Bölükbaş'ın çalışmasında ağrıyı hafifleten uygulamalar incelendiğinde %69.5'inin ''ilaç almak'' cevabını verdiği gözlenmektedir[69]. Puntillo ve Weis'in çalışmasında hastaların ağrılarını daha çok ilaçla geçirmek eğiliminde olduklarını ilaç dışı tekniklerle ağrıyı hafifletmeye daha az istekli oldukları gözlenmiştir[75].

Bütün bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte olup, literatür bilgisinde ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol altına alınabileceğine ilişkin bilgiler mevcuttur. Ignatavicius ve arkadaşları postoperatif dönem akut ağrıda müziğin etkili olduğunu[74], Lindaman'da terapötik dokunmanın ağrı algısını azalttığını belirlemişlerdir[76]. Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmasında ağrıyı azaltan / rahatlatan durumlara ilişkin hasta ifadelerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların % 95.3 gibi büyük bir çoğunluğunun ağrı kesici ilaç uygulamasını ağrıyı azaltan / rahatlatan olarak ifade ettikleri gözlenmiştir[70].

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 2 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.170$, $p = 0.976$, $p = 0.208$, $p = 0.374$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 11).

Geçirilmiş operasyona göre Bölüm 3/2 hasta puanı dağılımına bakıldığında ($p = 0.063$) önceden operasyon geçirmemiş olanların, operasyon geçirmiş olanlara göre ilaç almanın ağrıyı azaltacağı düşüncesinde olduğu bulunmuştur (Çizelge 11).

Literatürde ameliyat ve ağrı deneyimi yaşayan hastaların, ameliyat ve ağrı deneyimi yaşamayan hastalara göre ağrıyı daha rahat ifade edecekleri ve bilinmeyen korkusu olmadığından bu hastaların ağrı şiddetinin daha düşük değerlendirebilecekleri vurgulanmaktadır[77]. Kocaman'ın çalışmasında ilk kez ameliyat olacak hastaların ameliyattan önce strese girerek daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir[78]. Scott'un çalışmasında da tekrar ameliyat olma durumlarında hastaların % 45'inin ağrıdan korkacaklarını ifade ettikleri gözlenmiştir[77]. Baruk ve Güler'in çalışmasında ameliyat ve ağrı deneyimi olan hastaların, deneyimi olmayan hastalara göre ağrı puan ortalamalarının farklı olmayışı hastaların önceki ameliyat ve ağrı deneyimlerinde yeterince yardım almadıklarını bu deneyimlerini olumsuz olarak yaşadıklarını düşündürebildiği gözlenmiştir[71].

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/3 numaralı bölüm ağrıyı arttıran faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Bölüm 3/3' de ağrıyı arttıran faktörler değerlendirilmektedir (Çizelge 12).

Bu bölüme verilen cevapların, % 87.8' sini hareket etmek, % 12.2'ini diğer cevaplar oluşturmuştur. Bu nedenle ' hareket etmek ağrıyı arttırır ' cevabı ile hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Özer ve Bölükbaş'ın çalışmasında ağrı nedeniyle yapılamayan aktivitelerin dağılımı incelendiğinde, hastaların % 73.85'inin hareketsizlik ifade ettikleri gözlenmektedir[70]. Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmasında ağrıyı arttıran durumlara ilişkin hasta ifadelerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların % 78.7 gibi büyük bir çoğunluğunun hareket etmenin ağrıyı arttırdığını ifade ettikleri gözlenmektedir.

Bu bulgular, literatür bilgisi ve benzer araştırma sonuçları ile de paralellik göstermektedir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve geçirilmiş operasyon gibi özelliklerine göre Bölüm 3/3 hasta puanına bakıldığında ($p = 0.529$, $p = 0.435$, $p = 0.999$) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 12).

Eğitim durumuna göre Bölüm 3/3 hasta puanı dağılımına bakıldığında ($p = 0.010$) mezun olunan okulun derecesi artarken hareket etmek ağrıyı arttırır cevabında da artış vardır, ikisi arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (Çizelge 12), (Şekil 5).

Hastanın cinsiyetine göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için $p = 0.285$, bölüm 4 için $p = 0.403$ olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 13).

Hastanın geçirilmiş operasyonun varlığına göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için $p = 0.615$, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir; Bölüm 4 için $p = 0.053$, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (Çizelge 14).

Hastanın eğitim durumuna göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için $p = 0.021$, istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir; Bölüm 4 için $p = 0.451$ istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 15).

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1'de; 1 = sadece yüzeysel ağrı, 2 = sadece derin ağrı, 3 = hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 puanına bakıldığında (p = 0.527, p = 0.742 p = 0.609) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 16).

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3 numaralı bölüm ağrının zamanla ilişkisinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 3/ 1-1' de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölümde 1 = devamlı ağrı, 2 = kararlı ağrı, 3 = sabit ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.693, p = 0.297 p = 0. 298) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 17).

Bölüm 3/ 1-2' de ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada 1 = ritmik ağrı, 2 = periyodik ağrı, 3 = aralıklı ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.788, p = 0.368 p = 0.641) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 18).

Bölüm 3/ 1-3'te ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilmektedir. Bu bölüm için yapılan sınıflamada 1 = genel ağrı, 2 = anlık ağrı, 3 = geçici ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.755, p = 0.467 p = 0.189) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 19).

Ayrıca hemşire ve hastaların Bölüm 3'ten aldıkları puanların uyumu incelendiğinde;

Bölüm 3/ 1-1 hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.290, p = 0.063 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmemiştir (Çizelge 20).

Bölüm 3/ 1-2 için hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.380, p = 0.008 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 21).

Bölüm 3/ 1-3 için hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum için elde edilen gamma ilişki kat sayısı 0.357, p = 0.007 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 22).

Bölüm 3/2 için hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum % 80'dir, kappa ilişki kat sayısı 0.209, p = 0.031 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmiştir (Çizelge 23).

Bölüm 3/3 için hasta puanı ile hemşire puanı arasındaki uyum % 78.7'dir, kappa ilişki kat sayısı 0.158, p = 0.125 olduğundan istatistiksel anlamlı uyum gözlenmemiştir (Çizelge 24).

Ağrının zamanla ilişkisinin değerlendirildiği Mc Gill – Melzack ağrı soru formunun 3/ 1-1, 3/ 1-2, 3/ 1-3, ve 3/2 bölümlerinde, hemşire ve hasta puanları arasında uyum olduğu gözlenmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Postoperatif dönemde ağrısı olan hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin ağrıyı değerlendirmeleri ile hastaların kendi ağrılarını değerlendirmeleri arasındaki uyumunun araştırıldığı çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz.

1. Çalışmaya 47 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin ortalama 28.28, en küçük 19, en büyük 38 yaşında olduğu, mesleki deneyim yılı ortalaması 7.07, en az 3 aylık, en fazla 21 yıllık olduğu, birimdeki deneyim yılı ortalaması 5.09, en az 3 aylık, en fazla 20 yıllık olduğu gözlenmiştir.
2. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 17.0'sinin lise mezunu, % 23.4'ünün ön lisans mezunu, % 59.5'inin lisans mezunu olduğu gözlenmiştir.
3. Hemşirelerin, % 31.9'unun geçirilmiş operasyonu olduğu, % 68.1'inin geçirilmiş operasyonu olmadığı gözlenmiştir.
4. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 80.9'unun ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili bilgisinin olduğu, % 55.3'ünün bu bilgiyi lisans eğitiminde almış oldukları, % 15.8'inin ise iş sirkülasyonunda edindikleri gözlenmiştir.
5. Hemşirelerin % 91.5'inin hasta ile iletişimde problem yaşamadığı, % 8.5'inin de iletişimde aynı dili konuşamadıklarından dolayı problem yaşadıkları gözlenmiştir.
6. Çalışmaya 94 hasta katılmıştır. Hastaların ortalama 44.68, en küçük 18, en büyük 65 yaşında olduğu, % 37.2'sinin erkek, % 62.8'inin kadın olduğu, % 57.0'sinin evli, % 34'ünün ilkokul mezunu, % 41.5'inin ev hanımı olduğu gözlenmiştir.
7. Çalışmaya katılan hastaların % 55.3'ünün geçirilmiş operasyonları olduğu, % 44.7'sinin geçirilmiş operasyonu olmadığı, %43.6'sınınorta büyüklükte operasyon geçirdiği % 59.6'sının postoperatif 1. günde olduğu gözlenmiştir.
8. Ağrı değerlendirme soru formunun 1. bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 0 732, $p < 0.001$).
9. Ağrı değerlendirme formunun 2. bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 0.346, $p = 0.001$).

10. Ağrı değerlendirme formunun 3/ 1-1 bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında sınırda uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 290, p = 0.063).
11. Ağrı değerlendirme formunun 3/ 1-2 bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 380, p = 0.008).
12. Ağrı değerlendirme formunun 3/ 1-3 bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 357, p = 0.007).
13. Ağrı değerlendirme formunun 3/2 bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (kappa ilişki kat sayısı 209, p = 0.031).
14. Ağrı değerlendirme formunun 4. bölümünden elde edilen hasta puanı ile hemşire puanı arasında uyum olduğu gözlenmiştir (gamma ilişki kat sayısı 346, p < 0.001).
15. Hemşirelerin eğitim durumuna göre 2. bölüm puan farkları (hasta puanı – hemşire puanı) ile 4. bölüm puan farkları (hasta puanı – hemşire puanı) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (p = 0.136, p = 0.126)
16. Hastaların eğitim durumuna göre 2. bölüm puan farkları (hasta puanı – hemşire puanı) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir (p = 0.048)
17. Hastaların eğitim durumuna göre 4. bölüm puan farkları (hasta puanı – hemşire puanı) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (p = 0.216)
18. Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon, postoperatif kaçıncı gününde olduğu ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 hasta puanına bakıldığında (p = 0.998, p = 0.136, p = 0.411, p = 0.964 p = 0.374) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
19. Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hasta puanına bakıldığında (p = 0.564, p = 0.463, p = 0.836 p = 0.855) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
20. Hastaların cinsiyet, medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hasta puanına bakıldığında (p = 0.412, p = 0. 723, p = 0.208, p = 0. 694) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

21. Hastaların medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hasta puanına bakıldığında (p = 0.145, p = 0.905, p = 0.221) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
22. Hastaların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 2 hasta puanına bakıldığında (p = 0.170, p = 0. 976, p = 0.208, p = 0. 374) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
23. Hastaların cinsiyet, medeni durum ve geçirilmiş operasyon gibi özelliklerine göre Bölüm 3/3 hasta puanına bakıldığında (p = 0.529, p = 0. 435, p = 0.999) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
24. Hastaların eğitim durumuna göre Bölüm 3/3 hasta puanı dağılımına bakıldığında (p = 0.010) mezun olunan okulun derecesi artarken hareket etmek ağrıyı arttırır cevabında da artış vardır, ikisi arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir.
25. Hastanın cinsiyetine göre dağılıma bakıldığında; Bölüm 2 için p = 0.285, bölüm 4 için p = 0.403 olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
26. Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 1 puanına bakıldığında (p = 0.527, p = 0.742 p = 0.609) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
27. Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-1 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.693, p = 0.297 p = 0. 298) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
28. Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-2 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.788, p = 0.368 p = 0.641) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
29. Hemşirelerin medeni durum, geçirilmiş operasyon ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre Bölüm 3/ 1-3 hemşire puanına bakıldığında (p = 0.755, p = 0.467 p = 0.189) olduğundan istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

6.2. ÖNERİLER

1. Hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin bilgi, tutum, davranış ve inançlarının bilimsel anlamda değişip gelişebilmesi için daha kapsamlı, sistemli, sürekli eğitimin ve hemşirelikte araştırmanın öneminin bilincine varılması ve uygulamaya geçirilmesi,
2. Hastanelerde farklı düzeylerdeki hemşirelik programlarından mezun olmuş hemşireler görev yapmaktadır. Ağrılı hastanın bakımında hemşirenin sorumluluğunun büyük olması nedeniyle hemşirelerin eğitim düzeylerinin farklılığından kaynaklanan postoperatif ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi konusundaki bilgi eksikliklerini gidermek için her düzeydeki hemşirelik müfredat programlarında ağrı, ağrı kontrolü ve ağrılı hastalara hemşirelik yaklaşımları konularına yer verilmesi,
3. Ağrılı hastalara bakım veren hemşirelerin ağrı kontrolüne ilişkin kapsamlı hizmet içi eğitim programlarına alınması, hizmet içi eğitimlerde etkinliğin arttırılması için interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması ve kişilerin eğitimlere yönlendirilmesi, verilen hizmet içi eğitim programlarının etkili olup olmadığının, sonuçlar, gözlemler ve istatistiksel çalışmalarla izlenmesi,
4. Hemşirelik eğitimlerinde ağrı konusu anlatılırken özellikle hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabilecekleri ilaç dışı yöntemlere ağırlık verilmesi,
5. Ağrı kontrolünde başarıyı arttırmak için hastaların kitle iletişim araçları aracılığı ile ağrı ve ağrıyla baş etme yolları konusunda bilinçlendirilmesi,
6. Hastanelerde ağrı tanılaması ve ağrılı hastaya hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin standart formların geliştirilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması,
7. Ağrı değerlendirmesi çalışmalarının daha fazla sayıda hemşire ve hasta katılımıyla gerçekleştirilmesinin sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. **Kocaman G. (1994)** Ağrı-hemşirelik yaklaşımları. (1. Baskı), Saray Medikal Yayıncılık, İzmir.

2. **Edirne S. (1994)** Akut ağrı ilkeleri. *Ağrı*, 6(1): 10-3.

3. **Sloman R., Rosen G., Rom M., Shir Y. (2005)** Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 125-32.

4. **Gordon D.B., Dahl J., Phillips P. et al. (2005)** The use of 'as-needed' range orders for opioid analgesics in the management of acute pain: a consensus statement of the American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society. *Home Healthcare Nurse*, **23(6)**: 388-96.

5. **Bosch, F. et all; (1996)** Attitudes And Knowledge of Pain Issues: A Survey İn Nurses From Medical And Surgical Words The Pain Clinic , 9 (1): 58 -68 , 1996

6. **Eti Aslan, F;(2006)** Ağrı Doğası ve Kontrolü (1. Baskı), Avrupa Tıp Kitabevi, İstanbul.

7. **Yücel A:** Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, I.Basım **2000**

8. **Yeğül İ. (1993)** Postoperatif ağrı tedavisi. In: Yeğül İ. (ed) *Ağrı ve Tedavisi*, Yapım Matbaacılık, İzmir, sf: 249-54.

9. **Eti- Aslan F;** Ağrı değerlendirme yöntemleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu dergisi **2002;** 6 (1) Sf: 9-16.

10. **Aslan Eti F, Badır A;** Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, Ağrı 17:2 sf; 41-42, **2005**

11. **Erdine S.**: *Ağrının Tarihçesi,* Ağrı, İstanbul, 1. Baskı, Alemdar Ofset **2000;** s.3-11.

12. **Potter A, P; Perry A,G;** *Clinical Nursing Skills & Techniques*, 6th. Edition, **(2006)** Elsevier Mosby USA

13. **Keskin S,** Ağrı ve Hemşirelik
Erişim; www.nigde.edu.tr, Erişim Tarihi; **05.06.2007**

14. **Bölükbas N. (1996)** Cerrahi hastalarının korku ve endiselerini paylasabildikleri saglık personeli. *Sendrom*, 8(11): 79-80.

15. **Özyuvacı E., Altan A., Yücel A. (2003)** *Postoperatif agrı tedavisi.Sendrom,15(8): 83-92.*

16. **Cimete G. (1994)** Agrı kavramı. *Türk Hemsireler Dergisi*, **44(5-6):** 42-5.

17. International Assosiation for The Study of Pain, Pain Control: The New 'Whys' and 'Hows, www.Iasp-pain.org
Erişim Tarihi: 15. 02. 2008

18. **Shipton E.A;** *Pain Acut and Chronic*, Oxford University Pres Inc.**1999** USA

19. **Konner R,** Çeviri editörü; **Özyalçın N, S, Dinçer Ş, S;** *Ağrının Sırları*, Nobel Tıp Kitapevleri, **2005,** İstanbul

20. **Wall D.P, Melzack R;** *Handbook of Pain Managament,* **2006,** Churchill Livingsstone, United Kingdom

21. **Türk Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği (TARD),** Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi, Sf; 3 – 6, Mart **2006**

22. **Raj PP;(2000)** Ağrının Taksonomisi Ed; Erdine S. Ağrı, Sf; 12 – 19

23. **Erdine S;** Ağrının Tanımı, Ed; Erdine S. Ağrı Sendromları ve Tedavisi 2. Baskı 2003: 1-6

24. **Edirne S.** (2006) Ameliyat sonrası agrı tedavisi.
Erişim; www.algoloji.org.tr Erişim Tarihi: 17.11.2007

25. **Aslan E.F. (2004)** Travmada Ağrı. In: Şelimen D. (ed) *Acil Bakım*, 3. Baskı, Tavaslı Matbaası, İstanbul, s: 387-406.

26. **Barıs S., Sarıhasan B., Tür A. (1999)** Preemptif analjezi-Postoperatif ağrı tedavisindeki yeri. Sendrom.**11(1):** 110-3.

27. **Isık G. (2006)** Akut - Postoperatif agrı.
Erişim adresi: www. lokman.cu.edu.tr **Erişim tarihi:** 26.10.2007

28. **Carpenito – Moyet J.L;** *Nursing Diagnosis Application to Critical Practice* Lippincott Williams&Wilkins 11th Edition **2006,** USA

29. **Varlı K, Çeliker R, Özer S, Orer H,** Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, Hacettepe T›p Dergisi **2005;** 36:111-128

30. **Kanan N. (1998)** Cerrahide Agrı. In: Aksoy G.(Ed) *Cerrahi Hastalıkları Hemsireligi ElKitabı* (1. Baskı), Birlik Ofset Ltd. Sti., _stanbul, s: 11-8.

31. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi **Aslan, Eti F;** Akut Ağrı, Cilt2, sayı1, Temmuz **2005,** İstanbul sf; 24 – 32

32. **Çam R., Memis S. (2005)** İlaç yönetiminde hemşirenin rolü. *Sendrom*, 17(3): 105- 10.

33. **Soykan A, Kumbasar H.** Kronik Ağrı tedavisinde Psikiyatrik yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri Dergisi, cilt:2, sayı:2, **1999**

34. **Kutlutürkan S. (1994)** Agrısı olan kanserli hastaların hemsirelerden beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Saglık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

35. **Kara H,Abay E;** Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım, Anadolu Psikiyatri Dergisi **2000;** 1(2):89-99

36. **Oncology Nursing Society (1998).** Position paper: Cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 25(5):1 - 2.

37. **Türkoglu M. (1993)** Agrı tanımlaması ve ölçümü. *Agrı ve Tedavisi*,Yapım Matbaacılık , İzmir, s: 19-28.

38. **Yücel A. (1997)** Hasta kontrollü analjezi PCA. Ufuk Matbaacılık , İstanbul

39. **Sole M.L, Klein G.D;** *Introduction to Critical Care Nursing* 4th Edition Elsevier Inc. **2005** USA

40. **Güzeldemir M.E. (1995)** Agrı degerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, 7(6): 11-21

41. **Yücel A. (2004)** Agrılı hastanın ve agrı tedavisinin degerlendirilmesi. In: Önal A. (ed) Algoloji.1. Baskı, Nobel Yayıncılık, _stanbul, s: 21-9

42. **Wolfe GI.** Quantitative sensory testing: basic principles and clinical applications. Electrodiagnostic medicine. 2nd ed. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc., **2002.**

43. **Bloodworth D, Calvillo O, Smith K, Grabois M.** Chronic pain syndromes: evaluation and treatment. Physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company, **2000;** 913 - 33.

44. **Hudak C.M., Gallo B.M. (1998)** Critical care nursing: a holistik approcah. (7th ed), Lippincott Raven Publishers, Newyork, p: 41-58.

45. **Polaski L.A; Tatro S.E;** *Luckman's Care Principles and Pratice of Medical Surgical Nursing* W.B. Sounders Company, **1996**, USA

46. **Chulay M, Burns S.M;** American Association of Critical Care Nurses, *Essential of Critical Care Nursing,* **2006,** McGraw-Hill, USA

47. **Kuğuoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N;** McGill – Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)' unun Türkçeye uyarlanması, Ağrı, 2003; 15 (1): 47 -52.

48. **Evlice Y E, Uğuz Ş;** Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşımlar
Erişim; www.cu.edu.tr, Erişim tarihi: **01.06.2007**

49. **Chapman CR, Syrjala KL.** Measurement of pain. Bonica's management of pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2001**

50. **Aslan E.F. (2002)** Agrıya iliskin yanılgılar ve gerçekler. *Sendrom,*14(4): 94-8.

51. **Aslan E.F. (1997)** Postoperatif agrının bireysel özelliklerle iliskisi. *Türk Hemsireler Dergisi,* 47(6): 3-8.

52. **Amata A.O., Samaroo L.N., Monplaisir S.N. (1999)** Pain control after major surgery. *East Afr Med J,* **76(5):** 269-71.

53. **Aslan E.F. (2006)** Postoperatif ağrı. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul, s: 159-90.

54. **Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. (2003)** An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesthesia and Analgesia,* 96(1): 179-85.

55. **Karayurt Ö. (1998)** Ameliyat öncesi uygulanan farklı egitim programlarının hastaların anksiyete ve agrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2(1): 20-6.

56. **Duvarcı H., Gürsoy D., Sarı Y.S. ve ark. (2006)** Spinal anestezi uygulanan hastalarda preoperatif hemsire görüsmesinin agrı ve anksiyeteye etkileri. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı,* 24-28 Mayıs, Antalya, s: 135.

57. **Alon E., Knessl P. (2000)** Prevention and treatment of postoperative pain. *Agrı,* 12(3): 9-14.

58. **Özmert G.S. (2000)** Postoperatif agrının giderilmesinde hasta kontrollü analjezi yönteminin kullanımı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara.

59. **Sjostrom B., Dahlgren O.L., Haljamae H. (2000)** Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing,* 9: 111-8.

60. **Schafheutle E.I., Cantrill J.A, Noyce P.R. (2001)** Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing,* 33(6): 728-37.

61. **Ross R.S., Bush J.P., Crummette B.D. (1991)** Factors affecting nurses' decisions to administer PRN analgesic medication to children after surgery: an analog investigation. *Journal of Pediatric Psychology,* 16(2): 151-67.

62. **Manias E. (2003)** Medication trends and documentation of pain management following surgery. *Nursing and Health Sciences,* 5: 85-94.

63. Tapp J., Kropp D. (2005) Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2): 167-73.

64. Karaöz S. (2000) Cerrahi hemsireligi ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 1-8.

65. Erdem G.Y. (1995) Hemsirelerin klinik çalısmalarında gözlenen davranıslarının bagımlı, bagımsız ve birbirine bagımlı kararlar yönünden irdelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Saglık Bilimleri Enstitüsü Hemsirelik Programı Doktora Tezi, Ankara**.**

66. Astı T., Acaroglu R. (2000) Hemsirelikte sık karsılasılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2): 22-7.

67. Keskinbora K, Keskinbora K; Ağrı ve Tıbbi Etik, Clinic Medicine, 1306- 2123, Mayıs 2007sf; 4 -9

68. Aydın E. Tıp Etiğine Giriş, Ankara, Pegem A yayınevi, 2001

69. Özer N., Bölükbaşı N.; Postoperatif Dönemdeki Hastalrın Ağrıyı Tanılamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2000;** 3 (2): 54 – 55

70. Büyükyılmaz, F., Aştı. T., Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Postoperatif Ağrı Tanılaması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, **2005.**

71. Baruk, B., Güler, H., Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşirelerin Postoperatif Ağrıyı Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas**, 1999.**

72. Mc Caffery, M., Ferrell, B., R.; ''Patient Age'', Nursing 91, September, 44 – 51, **1991.**

73. Yavuz A., Özbayır T.; Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yöntemi Ve Rutin Analjezi Yönteminin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, **2000.**

74. Ignataucius, D., D., Polomano. R., C., ''Pain'', Medical Surgical Nursing, **Ignataucius, D., Workman, M., L., Mishler, M., A.,** 2.Basım, WB Saunders Company, Philadelphia. Sf:119 – 149, **1995.**

75. Puntillo, K., Weiss. SJ., Pain İts Mediators And Associated Morbidity İn Critical İll Cardiovasculer Surgical Patients. Nursing Research 43 (1): 31 – 35, U.S.A., **1994.**

76. Lindaman, C., Talking to Physicians About Pain Control. AJN; Pg: 49 – 55**, 1992.**

77. Scott, E., Effectiveness of Documented Assessment of postoperative Pain. **British Journal of Nursing.** 3 (10): 494 – 501**. 1994**

78. Kocaman, G., Karayurt, Ö., Özmen, D.; Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Ağrı Kontrolü Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. III. Hemşielik Eğitimi Sempozyumu. İstanbul, **1993.**

EK -1

Anket 1

Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Postoperatif Ağrılı Hastaların Sosyo - Demografik Özellikleri

Bu anket, ‘‘Hemşirelerin Postoperatif Ağrılı Hastaları Değerlendirmeleri’’ konulu çalışmada yer alan hastaların sosyo - demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket amacı dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Vecihe DÜZEL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Medeni Durum: Evli ◯ Bekar ◯

4. Meslek:

5. Eğitim durumu: Okur- Yazar değil ◯ Okur- Yazar ◯ İlkokul ◯

Ortaokul ◯ Lise ◯ Lisans ◯ Yüksek lisans ◯

6. Oturduğu yer: Köy ◯ Belde ◯ İlçe ◯ Şehir ◯ Büyükşehir ◯

7. Daha önceden geçirilmiş operasyon: Var ◯ Yok ◯

8. Yatış tarihi:

9. Postoperatif kaçıncı gününde:

10. Geçirilen operasyon / hastalık:

Preop tanı: Postop tanı:

11. Yattığı Klinik:

12. Sağlık personeli ile iletişimde problem yaşıyor mu: Evet Hayır

EK - 2

Anket 2

Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Sosyo - Demografik Özellikleri

Bu anket, ‘‘Hemşirelerin Postoperatif Ağrılı Hastaları Değerlendirmeleri’’ konulu çalışmada yer alan hemşirelerin sosyo - demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket amacı dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Vecihe DÜZEL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaş:……..

2. Öğrenim Seviyesi:

Lise ◯ Ön Lisans ◯ Lisans ◯ Yüksek lisans ◯

3. Medeni Durum: Evli ◯ Bekar ◯

4. Çalışmakta olduğunuz klinik:

5. Birimdeki çalışma süresi:……..

6. Meslekteki çalışma süresi:……

7. Geçirilmiş Operasyon: Var ◯ Yok ◯

8. Ağrı ve ağrı yönetimi ile ilgili bilginiz var mı?

Evet ◯ Hayır ◯

(Cevabınız evet ise 9. soruya geçiniz, cevabınız hayır ise 10. sorudan devam ediniz)

9. Ağrıyla ilgili bilgiyi nereden aldınız

a) Sağlık Müdürlüğü ya da buna benzer eğitimlerden

b) Hizmet içi eğitim programından

c) İş sirkülasyonundan

d) Lisans eğitiminde

e) Diğer (Belirtiniz)

10. Hasta ile iletişimde problem yaşıyor musunuz? :

Evet ◯ Hayır ◯

11. Anketle ilgili olarak eklemek istediğiniz katkı ya da görüşleriniz var mı?

EK – 3

MCGILL-MELZACK
AĞRI SORU FORMU

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

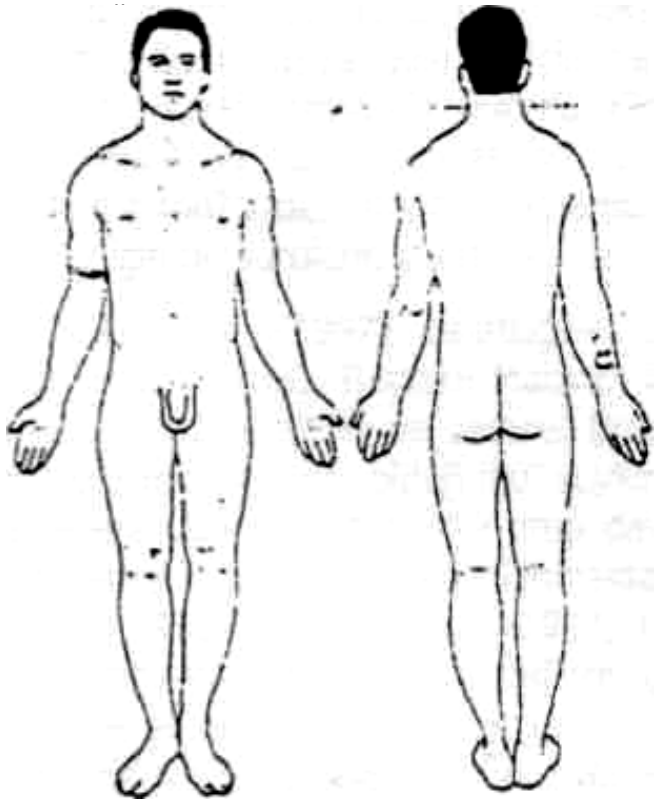
Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın.
1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)

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

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

I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise **D** harfi, yüzeyde ise **Y** harfini



II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ

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

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

III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ

1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

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

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?
.....
3. Neler ağrınızı arttırıyor?
.....

IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimede birleşirler. Bunlar

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

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

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

EK -4

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ

Adana, 28/11/2007

Büro: Hemşirelik Hiz.Müd

Sayı : B.30.2. ÇKO.0.70.10.142/ 361

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Vecihe Düzel'in " Hemşirelerin Postoperatif Cerrahi Ağrılı Hastaları Değerlendirmeleri" isimli tez çalışmasını hastanemiz Üroloji, Plastik ve Rekonstükrif Cerrahi, Genel Cerrahi , Jinekoloji ve Ortopedi Kliniklerinde çalışan hemşire ve tedavi gören hastalara uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr.Behnan ALPER
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Hatay'ın Samandağ ilçesinde doğan Vecihe DÜZEL, ilkokul öğrenimini Antakya'nın Kuyucak köyünde, ortaokul ve lise öğrenimini Antakya'da Merkez 23 Temmuz Lisesi'nde tamamladı. 2004 yılında Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2004 yılında Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2004 – 2006 yılları arasında Tarsus Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde, 2006 yılından bu yana Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

2000 yılından itibaren hemşirelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, kurs ve konferanslara katılan Vecihe DÜZEL İngilizce bilmektedir.