

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

**POSTOPERATİF DÖNEMDEKİ HASTALARIN AĞRIYI
TANIMLAMALARI VE HEMŞİRELERİN AĞRILI HASTALARA
YÖNELİK GİRİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ**

71309

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DÖNÜŞTÜRME MERKEZİ

Nadiye ÖZER

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Erzurum – 1998

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
İÇİNDEKİLER	I
TABLolar DİZİNİ	II
ÖZET	V
SUMMARY	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ağrının Tanımı ve Fizyolojisi	3
2.2. Ağrının Sınıflandırılması	4
2.3. Akut Ağrıya Adaptasyon	6
2.4. Ağrı Algılaması ve Ağrıya Tepkiyi Etkileyen Faktörler	7
2.5. Ağrının Değerlendirilmesi	10
2.6. Ağrı Konusunda Yanlış Eğilimler ve Kavramlar	10
2.7. Postoperatif Ağrı	17
2.8. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü ve Hemşirelik Girişimleri	24
3. MATERYAL ve METOD	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	30
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.4. Evren ve Örneklem Seçimi	30
3.5. Verilerin Toplanması	31
3.5.1. Anket Formunun Hazırlanması	31
3.5.2. Anket Formlarının Uygulanması	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
KAYNAKLAR	90
EK I : HASTA ANKET FORMU	95
EK II : HEMŞİRE ANKET FORMU	98
EK III: SKALALAR	100

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.2. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrıyı Tanımlama Durumlarının Dağılımı	34
Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Endişe Durumlarına Göre Ağrıyı Tanımlamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.4. Hastaların Tanımladıkları Ağrının, Ameliyat Sonrası Hissedildiği Gün, Ağrı Bölgeleri ve Ağrı Peryoduna Göre Dağılımı	35
Tablo 4.5. Hastaların Ameliyat Günlerine Göre Şiddetli Ağrıyı Tanımlama Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 4.6. Hastaların Tanımladıkları Ağrı Türünün Dağılımı	36
Tablo 4.7. Ağrı Tanımının, Tek Bölgede Hissedilme Durumunun, Ağrının Ameliyattan Sonra Kaçıncı Günde Hissedildiğinin ve En Şiddetli Ağrı Olup Olmadığının Kliniklere Göre Dağılımı	38
Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrının Başlangıcından Bu Yana Şiddetinde Değişiklik Olup Olmama Durumunun Dağılımı	39
Tablo 4.9. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Olup Olmama Durumunun Dağılımı	41
Tablo 4.10. Hastaların Ağrıyı Tanımladıkları Bölgelere Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Durumunun Dağılımı	42
Tablo 4.11. Kliniklere Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Durumunun Dağılımı	42
Tablo 4.12. Hastaların 0-5 Ağrı Skalası ve Prince Henry Ağrı Skalasına Göre Ağrı Şiddetinin Dağılımı	43
Tablo 4.13. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 4.14. Kliniklere Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 4.15. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Prince Henry Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	46

Tablo 4.16. Kliniklere Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 4.17. Ameliyat Sonrası Ağrının Tek Bölgede Olup Olmama Durumuna Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 4.18. Ameliyat Sonrası Ağrının Tek Bölgede Olup Olmama Durumuna Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 4.19. Ameliyat Sonrası Endişe Durumuna Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 4.20. Ameliyat Sonrası Endişe Durumuna Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 4.21. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bazı İşlemlerin Ağrıyı Artırıp Artırmadığının Dağılımı	50
Tablo 4.22. Hastalarda Ağrıya Neden Olan İşlemler, Ağrıyı Hafifleten Uygulamalar ve Ağrı Nedeniyle Yapılamayan Aktivitelerin Dağılımı	51
Tablo 4.23. Hastaların Ağrı Kesici İstemek İçin Ağrının Şiddetlenmesini Bekleyip Beklememe Durumlarının Dağılımı	52
Tablo 4.24. Hastaların Ağrıları Olduğunda Yapılan Uygulamalardan Memnuniyet Derecelerinin Dağılımı	52
Tablo 4.25. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	53
Tablo 4.26. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Ağrı Konusunu Merak Edip Etmeme Durumlarının Dağılımı	55
Tablo 4.27. “Gereğinde” Ağrı Kesici Uygulama Kararının Hemşirelere Bırakılma Durumu ve Hemşirelerin “Gereğinde” Ağrı Kesici Uygulama Zamanlarının Dağılımı	56
Tablo 4.28. Hemşirelerin Ağrısı Olduğunu Söyleyen Hastalara İnanıp İnanmama Durumlarının ve Nedenlerinin Dağılımı	56
Tablo 4.29. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre “Gereğinde” Ağrı Kesici Uygulama Zamanlarının Dağılımı	57

Tablo 4.30. Hemşirelerin, Hastaların Ağrısı Tanımlamada Hemşirelik Girişimlerinin Planlanmasına Katılıp Katılmamaları Konusundaki Düşüncelerin ve Nedenlerinin Dağılımı	58
Tablo 4.31. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Postoperatif Ağrı Belirtilerini İzleme Durumlarının Dağılımı	59
Tablo 4.32. Hemşirelerin Hastalarda İzledikleri Ağrı Belirtilerinin Dağılımı	60
Tablo 4.33. Hemşirelerin Preoperatif Dönemde Postoperatif Ağrıyla Başetmeye Yönelik Eğitim Yapıp Yapmama Durumları, Eğitim Konuları ve Eğitim Yapmama Nedenlerinin Dağılımı	60
Tablo 4.34. Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastalarda Kullandıkları İlaç Dışı Yöntemlerin Dağılımı	61
Tablo 4.35. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okula Göre Okul Yıllarında Ağrı Konusunda Bilgi Alma Şeklinin Dağılımı	62

ÖZET

Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesinin Cerrahi kliniklerinde yatan 16-65 yaş grubu hastaların postoperatif ağrısı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Akut rahatsızlığı bulunmayan, kanser hastası olmayan, genel anestezi almış, ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon geçirmeyen, iletişim kurabilen hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın örneklemini bu özellikleri taşıyan 300 hasta ve Cerrahi kliniklerinde çalışan 52 hemşire oluşturmuştur. Veriler ağrı ve memnuniyet skalalarını da içine alan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede yüzdelik, ki-kare, korrelasyon ve varyans analiz testleri kullanılmıştır.

Hastaların %64.33'ünün erkek, %26.33'ünün 56-65 yaş grubunda, %83.33'ünün evli, %32.67'sinin ev hanımı, %37.00'sinin ilköğretim mezunu, %63.00'ünün daha önce ameliyat deneyiminin olduğu ve %63.32'sinin batin dışı operasyon geçirdiği belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda hastaların %93.67'si görüşme anında ağrı tanımlamış, %81.14'ü ameliyatlarının 1. gününden beri, %65.48'i tek bölgede, %61.57'si aralıklı %50.18'i ise yanma sızı tarzında ağrı ifade etmişlerdir. En şiddetli ağrısı %34.04 gibi büyük çoğunlukla üroloji kliniğindeki hastalar belirtirken, %58.09'u pansumanın ağrıya neden olduğunu, %69.45'i ağrı kesicilerin ağrısı hafiflettiğini, %97.00'si ağrı nedeniyle solunumda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. 0-5 ağrı skalasında hastaların %43.67'si, Prince Henry ağrı skalasında %54.67'si hafif ağrı tanımlamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %55.57'sinin Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %71.15'inin 1-3 yıl arası, %73.08'inin servis hemşiresi olarak, %69.23'ünün 16-08 şiftinde çalıştıkları, %57.09'unun ağrıyla ilgili bilgiyi okul yıllarında diğer konular içinde aldığı, %88.46'sının daha önce ameliyat ağrısı deneyimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %61.54'ü ağrı konusunu merak ettiklerini, %96.23'ü ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını, %47.62'si hastalarda sözel-davranışsal ağrı belirtilerini izlediklerini, %67.31'i ağrıda ilaç dışı yöntem uyguladıklarını söylemişler ve bu yöntemi %54.28'i psikolojik destek şeklinde belirtmişlerdir. Hemşirelerin %84.62'si majör ve minör ameliyatlı hastaların ağrısına yaklaşımlarının aynı olmadığını ifade etmişlerdir.

SUMMARY

Investigation Of The Definition Pain By The Patients In The Postoperative Period And The Attitudes Of Nurses Towards The Patients With Pain.

This research was made definitively in order to investigate the definition of pain by the patients in the postoperative period in the 16-65 age group hospitalized at Atatürk University Süleyman Demirel Medical Center Research Hospital surgery clinics. Patients who hadn't acute illnesses, who weren't diagnosed of cancer, who received general anesthesia, who didn't undergo complications in the operative and postoperative periods who were able to communicate, were included in this study. The sampling consisted of 300 patients with the above characteristics and 52 nurses working at surgery clinics. Data were collected by questionnaires including pain and satisfaction scales being used. Percentage, chi-square, correlation and variance analysis tests were used in evaluation.

It was determined that 64.33 % of the patients were male, 26.33 % in the 56-65 age group, 83.33 % married, 32.67 % housewife, 37.00 % primary education graduates, 63.00 % with former experience operation and 63.32 % had undergone extra abdominal operation. It was found upon evaluation that 93.67 % of the patients defined pain at the time of interview, 81.14 % expressed pain beginning from the first day of operation, 65.48 % had pain in only one region, 61.57 % had pain at intervals, and 50.18 % described the pain in the burning smart character. The most definitive pain was described by patients in urology clinics at the rate of 34.04 %, 58.09 % said that dressing caused pain; 69.45 % said that analgesics decreased pain, and 97.00 % said that they had difficulty in respiration because of the pain. Of the patients at 0-5 pain scale 43.67 % defined prince Henry pain scale and 54.67 % defined high pain.

It was determined that of the nurses included in the research 55.77 % were Vocational Health High School graduates, 71.15 % had been working for 1-3 years, 73.08 % were clinic nurses, 69.23 % were working at 16.⁰⁰ – 08.⁰⁰ shift, 57.09 % had acquired knowledge about pain included in other subjects, and 88.46 % had previous operation pain experience. 61.54 % of the nurses said that they wished to learn about the pain, 96.23 % did not always believe patients complaining of pain, 47.62 % observed oral-behavioral pain expressions in patients; 67.31 % applied techniques without medicaments 54.28 % of these using psychological support. 84.62 % of the nurses said that their approach to major and minor operation patient pains wasn't the same.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelleyerek yaşam kalitesini düşürür ve bireyi diğer semptomlardan daha çok sağlık bakımı araştırmaya teşvik eder.^{1,2} Postoperatif dönemde ağrı, hastaların yakınmalarının başında gelir. 1980'li yıllarda yapılan çalışmalarda, postoperatif mortalitenin daha çok erken postoperatif dönemde olduğu ve özellikle bu dönemde hastanın daha yakın gözlem altında tutulması gerektiği ortaya konmuştur. Bugün, erken postoperatif bakımda kardiyak monitorizasyon, hava yolu takibi, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması ve ağrı kontrolü esas olarak alınmaktadır. Genel postoperatif bakım içerisinde ise erken mobilizasyonun sağlanması fizyolojik fonksiyonların normale döndürülmesi beslenme ve ağrı kontrolü ilk sırada yer alır.³

Postoperatif ağrı kontrolü için geliştirilmiş daha etkili teknikler ve cerrahi hastalarının optimal bakımı için ağrı kontrolü sağlanmış olsa bile pek çok hasta önemli derecede ağrı deneyimlemektedir. Kontrol altına alınmadığında postoperatif dönem komplikasyonlarının en önemli sorumlusu ağrıdır. Hastaların öksürme, derin soluk alma, hareket etme sırasında ağrının artacağı korkusuyla bu işlemleri engellemeleri, pnömoni, trombozis ve ileus gibi komplikasyonlara yol açmaktadır. Ameliyat sonrası dindirilmemiş ağrının tüm bedeni etkilemesi beklenir. Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat yüzyıllarca önce “ Ağrı dindirme Tanrı sanatıdır.” demiştir. Bu sözlerle ağrıyı dindirenlerin Tanrısal bir işlevi olduğu vurgulanmak istenmiştir. Ağrıyı dindirmek içinse öncelikle ağrının tanımlanması gerekir. Ağrıyı hisseden sadece ağrıyı çekendir, dolayısıyla ağrıyı çeken kişinin ağrıyı tanımlaması ve bu bilgilerin ışığı altında sistematik bir yaklaşımla ağrının kontrol altına alınması, dindirilmeye çalışılması önemli bir faktördür. Daha iyi bir ağrı kontrolü hastayı rahatlatma ve yaşam kalitesini yükseltmenin yanı sıra komplikasyon insidansını ve hastanede yatma süresini azaltmada önemli bir etkiye sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre her yıl ağrı yüzünden 700 milyon iş günü kaybolmakta ve bu durum 60 milyar dolar zarara yol açmaktadır Bu yönüyle ağrı kontrolü ağrının neden olduğu maddi kayıpların önlenmesi açısından önemlidir.⁴⁻⁶

Ağrı kontrolünde ekibin değişmez üç önemli üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Bu ekip üyeleri içinde ağrıyı hisseden sadece hastadır. Margot Mc-caffer “Ağrı

hastanın söylediği şeydir ve hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa ağrı vardır” demiştir. Ağrısı olan hasta bu durumda diğer iki üye ile iletişim kurar. Hemşireler hasta ile diğer sağlık görevlileri arasında köprü oluşturdıklarından, sağlık ekibi içerisinde ağrılı hasta ile en uzun süre birlikte olduklarından ve postoperatif dönemde hastayı yakından izleme görevi hemşirelere verildiğinden ağrının kontrol altına alınmasında çok önemli bir role sahiptirler. Ancak subjektif bir kavram olan ağrıyı gözlemeye ve tanımlamaya çalışmak rüzgarı görmeye benzer, sadece etkileri gözlenebilir. Bu nedenle ağrıya uğraşanların işi oldukça zordur.^{2,4,7,8}

Önemli hemşirelik girişimlerinden biri olan ağrı ve ona bağlı rahatsızlığın giderilmesi, hemşireliğin hem sanat hem de bilim dalında becerikli olmasını beraberinde getirir. Ağrının giderilmesinde sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik süreci, hemşirenin tüm becerilerini sergilemesine olanak sağlar.⁹

Moss ve Meyer, ağrının giderilmesinde hemşirelik yaklaşımının ilaç uygulamasından daha etkili olduğunu göstermişlerdir. Bu nedenle hastaların kişisel özellikleri, geçirilen ameliyatın türü gibi ağrının algılanmasını ve tanımlanmasını etkileyen faktörler kadar hemşirelerin de ağrı ve ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi, deneyim ve istekli olup olmama durumları tedavinin başarısında belirleyici bir unsur olmaktadır.¹⁰

Bu düşünceden yola çıkarak Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde yatan postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin uyguladıkları hemşirelik girişimlerini değerlendirmek amacıyla bu araştırma planlanmış ve yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı ve Fizyolojisi

Ağrı (pain) latince “poena” ceza, intikam, işkence sözcüğünden gelir ve tanımı oldukça güç bir kavramdır.¹¹ Ağrının yıllarca ceza olarak düşünülmesi onun anlaşılması ve giderilmesi yönündeki gelişmeleri engellemiştir. Ancak ağrının bireysel ve subjektif bir deneyim olması nedeni ile anlaşılması ve tanımlanması güç bir kavram olma özelliğini günümüzde de koruduğu görülmektedir.

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) 1979 yılında ağrıyı; gerçek ya da potansiyel doku hasarı nedeniyle hoşla gitmeyen subjektif, duysal ve emosyonel tecrübe ya da hasarın sözel ifadesi şeklinde tanımlamıştır. Ağrı, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabilir.¹²

Ağrı hakkında az şey bilinir. Algoloji “ağrının incelenmesi” yeni bir bilimdir ve pek çok uzman ağrıyı kesin tanımı olmayan anlaşılabilir bir fenomen olarak düşünür.¹³

Ağrı algılanması periferden merkeze şu aşamalardan geçer.

Transdüksiyon: Sinirlerin sensoryal uçlarında stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır ve periferde gerçekleşir.

Transmisyon: İlgili yapılardaki kodlanmış bilginin merkezi sinir sistemine iletilmesidir, periferde gerçekleşir.

Modülasyon: Nosiseptif transmisyonun nöral etkenlerle modifiye olmasıdır, spinal kordda gerçekleşir.

Persepsiyon: Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen son aşamadır. Bu aşamada ağrı algılanmış olur ve daha üst merkezlerde gerçekleşir.¹⁴

Wall ve Melzack tarafından 1965 yılında ortaya atılan ve ağrı algılanmasının sinir sistemi tarafından değiştirilebilen kompleks algılayıcı bir deneyim olduğu ileri sürülen kapı kontrol teorisi bugün de geçerliliğini sürdüren teoridir. Bu teoriye göre, ağrılı uyaranlar ağrı şeklinde algılanmadan önce bir kapı kontrol mekanizması ile modüle edilmektedir.¹⁵

Kapı kontrol teorisinin üç önermesi vardır. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır, sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol

eder, eğer kapı açık ise ağrılı uyarılar bilinç düzeyine ulaşır kapalı ise ulaşamaz ve ağrı hissedilmez.¹⁵

İmpulslar kontrol mekanizmasına ulaştıklarında substantia gelatinosa (SG) hücreleri sensoriyal bilgiyi beyne iletmekten sorumlu olan santral transmission hücreleri üzerinde inhibisyon yaparak fren işlevi görmektedirler. Yani SG hücrelerinin uyarılması ya da inhibe edilmesine göre bu frenleyici etki artmakta veya azalmaktadır. Ağrılı uyarıyı taşıyan ince lifler SG hücrelerini inhibe ederken santral transmission hücrelerini uyarır, uyarıların daha şiddetli ve uzun sürmesini sağlar. Amaç, ağrının yukarı iletilmesinde önleyici etkisi olan kalın lifler boyunca uyarıları artırmaktır.¹⁵

Sonuç olarak, ağrının bilinçte değerlendirilmesi sağlam bir korteks ve talamus aktivitesine bağlıdır. Bu şekilde kişi ağrısını yorumlar ve ağrı deneyimine göre kişisel reaksiyonunu oluşturur.¹⁵

2.2.Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı; mekanizmasına, kaynaklandığı bölgeye ve zamana göre üç şekilde sınıflandırılabilir.

Mekanizmasına göre ağrı;

Nosiseptif ağrı: Vücudun bir bölgesinde doku hasarı olduğu zaman bunun nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp santral sinir sistemine iletilmesi belirli bölge ve nöral yapılarda integre edilerek bu zararlı tehdit durumunun algılanması ve buna karşı gereken fizyolojik biyokimyasal ve psikolojik önlemlerin harekete geçirilmesidir. Somatik veya visseral doku hasarına bağlıdır. Somatik yapılardan kaynaklanan nosiseptif ağrı sızlama, zonklama, basınç hissi, bıçak batar gibi tarif edilir. İç organlardan kaynaklanan ağrı eğer obstüksiyona bağlı ise kemirici ve kramp şeklinde organ kapsülü ve mezenterisi de etkilenmişse, sızlama, keskin ve zonklama şeklindedir. Nosiseptif ağrılar opioid ilaçlara iyi cevap verir.^{11,14,16}

Nöropatik ağrı: Sinir sisteminden kaynaklanır. Periferik sinir travması veya metabolik hastalıklar sonucu ortaya çıkar. Ağrı spontan oluşabilir. Ağrı eşiği düştüğü için normalde ağrısız olan uyarı ağrı yapabilir (allodini). Uyarıya yanıt hem sürekli hem de amplitüd bakımından abartılı olabilir (hiperaljezi). Ağrı hissi sağlam bölgelere yansiyabilir. Diabetik nöropati sırasında ortaya çıkan ağrılar nöropatik ağrıya örnektir.

Genel olarak nöropatik ağrılar opioid ilaçlara nosiseptif ağrıdan daha az yanıt verir. Tedavide daima adjuvan analjezikler kullanılmalıdır.¹⁴

Deaferantasyon ağrısı: Periferik ya da merkezi sinir sistemindeki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların merkezi sinir sistemine iletiminin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrıdır. Fantom ağrısı deaferantasyon ağrılarına örnek olarak verilebilir.¹⁴

Reaktif ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Miyofasyal ağrılar örnek olarak verilebilir.¹⁴

Psikosomatik ağrı: Pisişik ve psikososyal sorunların arttığı durumlarda ağrı olarak tanımlanan duygulardır. Somatizasyon, hipokondriazis bu ağrı tipine örnektir.¹⁴

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı;

Somatik ağrı: Sinirlerden kaynaklanan ağrı ani başlar, keskindir ve iyi lokalize edilir, tanısı kolaydır. Sinir köklerinin yayılım bölgesinde veya periferik sinirler boyunca algılanır.¹⁴

Visseral ağrı: Yavaş başlar, künt ve sızlayıcıdır, yerinin belirlenmesi zordur, kolik ve kramp tarzında olabilir. Başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir. Diafragmatik ağrının sol omuza yansması örnek olarak verilebilir.¹⁴

Sempatik ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkar. Damarsal kökenli ağrılar, refleks sempatik distrofi, kozaljiler, sempatik kökenli ağrılardır, yanma tarzındadırlar. Hasta ağrıyan bölgede soğukluk ve üşümeden yakınır. Distrofik değişmeler vardır.¹⁴

Zamana göre ağrı;

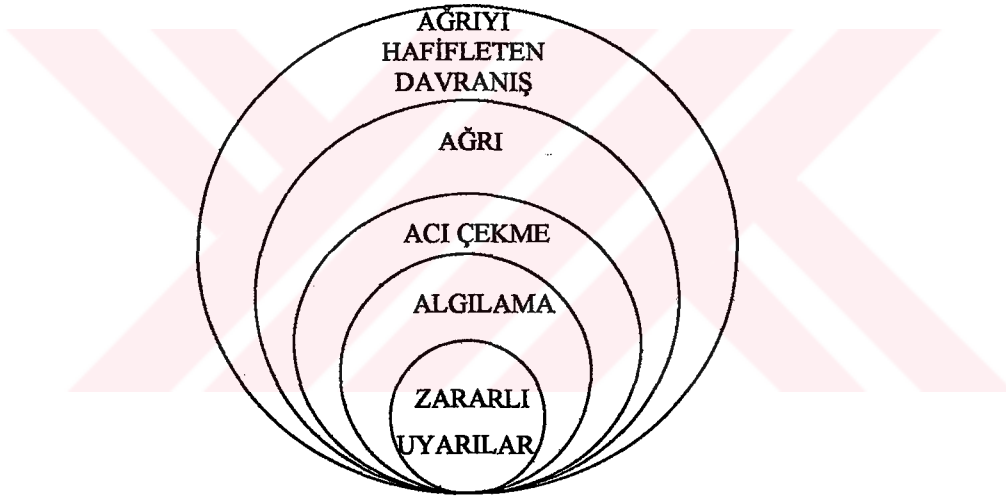
Kronik ağrı: Ağrıya neden olan hastalık veya hasarın iyileşme süreci ötesinde 6 ay ya da daha uzun süre devam eden ağrı olarak tanımlanır, akut ağrının aksine süreklilik taşıyan kronik ağrı inatçı olabilir ve kontrol altına alınması zordur. Sağlık personeli ağrıyı kontrol altına almada kendini yetersiz hissedebilir. İyileşme periyodu akut ağrıya oranla daha uzundur ve kişi ağrı nedeniyle depresiftir. Kanseri nedeniyle meydana gelen ağrılar kronik ağrıya örnek olarak verilebilir.^{2,7}

Akut ağrı: Genellikle organik rahatsızlık ya da travma sonucu ortaya çıkan, ani olarak başlayan, aralıklı kısa süreli ve geçici bir ağrı olarak tanımlanır. Günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan ağrı türüdür. Akut ağrıyı iyileşme takip eder, iyileşme süreci ilerledikçe ağrı hafifler ve giderek yok olur. Nedenleri arasında travma, enfeksiyon,

doku hipoksisi sayılabilir. Ameliyattan sonra görülen ağrı akut ağrının çok yaygın bir örneğidir. Akut ağrı, ağrının nedenini anlamaya çalışmak ve ağrıyı hafifletme yöntemleri aramak için kişiyi harekete geçirmede faydalı olabilir. Altı aydan daha uzun süren akut ağrı kronik ağrıya dönüşür. Travma ya da rahatsızlığın neden olduğu akut ağrı tedaviyle hafifletilebilir veya kendiliğinden iyileşir. Hafifletilmeyen akut ağrı kronik ağrı insidansının artmasına yol açabilir.^{2,7,13,17-21}

Akut doku hasarı sonucunda zararlı uyarılar, algılamaya o da ağrı duyusuna neden olur. Ağrı duyusu beraberinde acıyı oluşturur ve kişi ağrıyı hafifletmek için çeşitli davranış modelleri geliştirir¹⁷ (Şekil 2.1.).

Son on yılda kronik ağrı ve ağrı kontrolü konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında akut ağrı ve ağrı kontrolünün ihmal edildiğini söyleyebiliriz.²²



Şekil 2.1. Çok yönlü akut ağrı değerlendirme modeli (Kaynak No: 17)

2.3 Akut Ağrıya Adaptasyon

Adaptasyon ağrıya hem fizyolojik hem de davranışsal yönden uyum sağlamaktır (Şekil 2.2.). Adaptasyon periyodu süresince ağrının davranışsal ve fizyolojik belirtilerinin değerlendirilmesi imkansız değilse de zordur. Bu süreç içerisinde ağrının varlığına ait gözlenebilir belirtiler ya minimal düzeydedir ya da hiç yoktur. Akut ağrı modeli genellikle kısa sürer bazen bir kaç saniye ya da dakika içinde hem fizyolojik hem de davranışsal uyum olur. Akut ağrı modelinin aksine, adaptasyonu anlamak hastanın ağrısı olduğu halde yokmuş gibi davrandığı için hastada ağrı olmadığı şeklinde hatalı bir karardan sakınmaya yardımcı olacaktır.^{4,13}

Hastaların ağrının kontrol edilebilen davranışsal ifadelerini göstermemeye çalışmalarının nedenleri arasında iyi hasta olma, uzun süren ağrı nedeniyle yorgun düşme, dikkati başka yöne yöneltme gibi faktörler vardır.^{4,13}

Pek çok sağlık personeli akut ağrıya adaptasyon modelini bilmeksizin sadece akut ağrı modelini benimseme eğilimindedirler ve sakin bir hastanın ciddi ağrısı olduğunu ifade etmesine şüpheyle yaklaşır, inanmazlar.^{4,13} Çeşitli faktörlerle oluşan uyum nedeniyle ağrı ciddi olsa bile hastanın gösterdiği davranışsal ve fizyolojik yanıt azalır. Ağrıya yanıtın zayıf olması ağrının az olduğu anlamına gelmez.^{4,13}



Şekil 2.2. Akut Ağrı Modeli ve Uyum (Kaynak No 13)

2.4. Ağrı Algılaması ve Ağrıya Tepkiyi Etkileyen Faktörler

Algılama kişinin ağrısının farkında olmasıdır ve algılama sonucu ağrı ortaya çıkar. Kişiden kişiye ve bazı kişilerde farklı zamanlarda farklı şekillerde algılanabildiği için bireyseldir. Bireylerin ağrıyı algılama ve ağrı ile baş etme durumları, ağrı eşiği ve ağrıya gösterilen tolerans ile yakından ilgilidir.⁷

Ağrı eşiği, bireyin uyarılabildiği en düşük uyaran şiddetidir. Uykusuzluk, yorgunluk, korku, üzüntü, içe dönüklük, ağrı eşiğini azaltırken, uyku, dinlenme, dışa dönüklük, sempati, analjezikler, antidepresanlar ise ağrı eşiğini artıran durumlardır.³

Ağrı toleransı, bireyin ağrı uyarısının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. Uzun süren ve tekrarlayan ağrılarda ağrı toleransı düşer.³

PSİKOSOSYAL ETKİLER

Aile ve meslek rolü- Geçmiş tecrübeler- Manevi inanç sistemi
 Ağrının anlamı- Kültürel / sosyal etkiler- Cinsiyet ve stereotip kişilik
 İletişim becerisi- Büyüme ve gelişme düzeyi- Motivasyonlar
 Kişilik- Korkunun varlığı- Anksiyete düzeyi- Yorgunluk
 Travmadikkati başka yöne çekme ya da heyecan düzeyi
 Ağrıda davranış



Şekil 2.3. Ağrıya Tepkiyi Etkileyen Faktörler (Kaynak No 2)

Ağrı algılamasını etkileyen faktörler şunlardır: (Şekil 2.3.)

2.4.1 Yaş: Ağrı reaksiyonu çocuklarda ve yetişkinlerde farklıdır. Yenidoğanlar ve çocuklar ağrı hisseder fakat sözle ifade edemezler. Okul çocukları ve adolesanlar cesur olmaya uğraşırlar, ağrıyı belli etmezler, yetişkinler değişik yollarla cevap verirler. Yaşlı hastalarda spinal kordun dorsal boynuzundaki nöronların dejenere olması nedeniyle ağrı eşiği yükselir ve algılama duyusu azalabilir. Yaşlılarda akut ağrı kronik ağrı kadar şiddetli algılanmayabilir.^{7,13}

2.4.2. Cinsiyet: Ağrıya tepkide kadın ve erkek arasında fark olmadığı, ağrıyı erkeklerin kadınlardan daha iyi tolere etmesinin beklendiği, doğum yapmış olmaları nedeniyle kadınlar ağrıya daha kolay başedebildiklerinden erkeklerin daha çok ağrı hissettikleri, yine erkeklerin ağrı ifade etmeleri durumunda alay edilme korkuları

nedeniyle kadınların ağrısı erkeklerden daha kolay itiraf ettikleri bu nedenle kadınların erkeklerden daha çok ağrıya sahip olduklarının düşünüldüğü şeklinde ağrı toleransı ile cinsiyet arasındaki ilişki konusunda farklı görüşler vardır.^{4,12,23}

2.4.3. Kültür: Ağrıyı algılama kişiden kişiye olduğu gibi kültürden kültüre de farklılık gösterir. Kültürel zeminden anlaşılan sosyo - ekonomik durum ve kişisel özelliklerdir. Miller ve Shular (1982) Avrupa Amerikalılarının Afrika Amerikalılardan daha çok ağrı tarif ettiklerini açıklamışlardır. Çeşitli araştırmalarda sosyo - ekonomik durumu yüksek olan kişilerin düşük olanlara göre ağrıya daha çabuk tepki verdikleri ve tıbbi bakım almak için daha çok çabaladıkları belirtilmektedir. Bazı kültürlerde sosyal normlara bağlı olarak ağrı baskılanıp ifade edilmezken, bazı kültürlerde ise çeşitli şekillerde serbestçe ifade edilmektedir.¹³

2.4.4. Dikkat: Kişinin dikkatini ağrı üzerinde yoğunlaştırma derecesi ağrı algılanmasında etkilidir. Dikkatin ağrı üzerinde yoğunlaşması arttıkça ağrı da artar, dikkati başka yöne çekme ağrının azalmasına neden olur. Genellikle başka noktada yoğunlaşma devam ettiği sürece ağrı toleransındaki artışta devam eder.⁷

2.4.5. Anksiyete : Anksiyete ve ağrı arasında ilişki vardır. Ruhsal yönden sağlıklı kişiler sağlıklı olmayan kişilere göre orta ya da şiddetli ağrıyı daha iyi tolere edebilirler.⁷

2.4.6. Yorgunluk : Yorgunluk ağrı algılamasını artırır ve ağrıyla baş edebilme yeteneğini azaltır.⁷

2.4.7. Geçmiş Tecrübe: Ağrı tecrübesi ağrının algılanmasını etkiler. Ağrı konusunda çok ya da uzun süreli tecrübeye sahip olan kişilerin ağrı tecrübesi olmayan kişilerden ağrıyı daha iyi tolere etmesi ve daha az anksiyete yaşaması beklenir, fakat bazen bunun aksi gözlenebilir. Muhtemelen daha çok ve ciddi ağrı tecrübesi olan kişi bir sonraki ağrıyı korkuyla bekler, diğer taraftan hiç ağrı tecrübesi olmayan neden korkacağını bilemez. Hafifletilmeyen ağrı korku veya anksiyete doğurabilir. Aksine başarıyla hafifletilmiş ağrının benzer tipi ile karşılaşıldığında kişinin ağrı duyusunu ifade etmesi, ağrıyı beklemesi ve ağrıyla baş etmesi daha kolay olacaktır.^{7,12,13,23}

Sonuç olarak ağrı tecrübesi ağrının algılanmasını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

2.4.8. Aile ve Sosyal Destek : Kişinin ağrı ile başedebilmesi eş, aile ya da arkadaşlarının desteğine bağlıdır. Sevilen birinin varlığı, yalnızlığı ve korkuyu

minimumuna indirebilir. Ağrılı kişiler, destek, yardım ve korunmak için genellikle aile üyelerine bağılırlar. Aile ya da arkadaş olmadığında hastalar sıklıkla daha çok stres yaşamaktadırlar.¹²

2.4.9. Ağrının Anlamı: Birey için ağrının anlamı ağrı tecrübesinde ağrının etkileri ile ilişkilidir. Ağrı bir kayıp, tehlike, ceza ya da meydan okuma şeklinde düşünülürse kişiden kişiye farklı algılanır. Sıklıkla kişiler hastanede yatmadan önce dayanılmaz derecede ağrı ifade ederlerken, hastanede yattıktan sonra ağrı kaynağı tedavi edilmeksizin ağrının azaldığını hatta yok olduğunu söyleyebilmektedirler. Sonuç olarak birey tarafından ağrı algılanmasının niteliği ve derecesi ağrının anlamıyla ilişkilendirilir.¹²

2.5 Ağrının Değerlendirilmesi:

2.5.1. Tanımı: Bireyin ağrıya hem ruhsal, fizyolojik, kognitif ve davranışsal tepkilerini hem de duyu hissini içeren kişisel ağrı tecrübesini ölçmedir. Ölçümde subjektif bilgi objektif bilgiye dönüştürülmüş olur.²⁴

Ağrı, anksiyete, korku ve endişe ile yakından bütünleşmiş bir duyu olarak ölçülmesi zor bir fenomendir. Temelde subjektif kriterler taşıyan bu durumu objektif olarak değerlendirmek çok güçtür. En iyi şartlar altında bile ağrının değerlendirilmesi kompleks bir süreçtir.^{15,25}

Hastanın ağrısını değerlendirmede amaç, daha kaliteli bir yaşam, daha az komplikasyon ve daha kısa süreli hospitalizasyonun sağlanması için doğru tedaviye ulaşmaktır. Hasta kendine özgü subjektif bir hissinden söz etmektedir. Değerlendirmenin de bu hissi bizzat yaşayan hastanın kendisinden alınan bilgilere göre yapılması doğru olur. Sağlıklı bir değerlendirmenin ilk koşulu hasta ile iyi bir diyaloga girmektir. Hasta kendisinin dinlendiğini ve şikayetinin ciddiye alındığını hissetmelidir. Postoperatif ağrılı hasta genelde “o kadar olacak” anlayışı ile ağrıyla baş başa bırakılmıştır.³

Amerikan Ağrı Derneği (American Pain Society) ağrı değerlendirmesinin 5. vital bulgu olarak düşünülmesini önermektedir. Bir hastanın ısısının ölçülmesi ve kaydedilmesi bakım planının düzenlenmesinde ne kadar önemli ise ağrı değerlendirilmesi de aynı derecede önemlidir ve aynı çerçeve içinde düşünülmelidir.²⁶

2.5.2. Önemi: Ağrı değerlendirmesi birçok nedenden dolayı hemşirelik aktivitelerinde önemlidir. Öncelikle yeterli değerlendirme olmaksızın, hastanın ağrısının nedeni, lokalizasyonu ve şiddeti hakkında pek çok yanlış tahmin yapılabilir bu da hatalı tedaviyle sonuçlanır. Örneğin bir cerrahi hastası için operasyon masasına yatırıldığında şiddetlenen kronik sırt ağrısı rahatsız edicidir ve ağrının tedavi planı, insizyonel ağrının tedavi planından çok farklı olmalıdır.²⁴

İkinci olarak, yanlış ya da etkisiz ağrı değerlendirmesi olumsuz psikolojik ve fizyolojik sonuçlara yol açabilir. Örneğin, ağrının, solunum performansındaki bozulma, ciddi hastalarda myokardial iskeminin gelişmesi (Phillips ve Cousino 1980) ve stres tepkisinin aktivasyonu ile ilişkili olduğu açıklanmıştır (Bryan-Brown 1986).²⁴

Üçüncü nokta, hemşirelerin hastaların ağrılarını değerlendirmede, doktorların karar vermesi ve reçete yazmasında önemli bir etkiye sahip olmalarıdır. Bu nedenlerden dolayı, hastadan çok iyi anamnez almak, hastayı devamlı gözlemek ve uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak değerlendirmeye yardımcı olacaktır.²⁴

2.5.3. Etkileyen Faktörler: Hastanın kişisel özellikleri, çevrenin özellikleri ve sağlık personelinin özellikleri etkin ağrı değerlendirmesinde engel oluşturabilir.

Kişisel özellikler: Kişi, psikolojik, ailevi ve kültürel çevrenin ürünüdür. Bireyin ağrısını ifade ve ağrıyı tolere etme biçimine bu çevresel faktörlerin her biri katkıda bulunur. Ağrı değerlendirmesini endojen faktörlerin yanında fiziksel yetersizlik de güçleştirebilir. Örneğin endotrakeal tüpün varlığı, bilinç düzeyindeki değişiklikler ağrının algılanmasını, sözel olarak ifade edilmesini engelleyebilir.²⁴

Çevre özellikleri: Ağrı değerlendirmesi zamana, bilgiye ve ağrıyı ifade etme metoduna ihtiyaç gösterir. Örneğin yoğun bakım ünitelerinin kompleksliği burada çalışanların daha bilgili, becerili, atik, olmalarını gerektirir. Bu ünitelerde çalışan sağlık personeli ağrı değerlendirilmesinden daha ciddi problemlerin çözüme ulaştırılmasını düşünürler ve zaman kısıtlılığından yakınırırlar ayrıca ağrı değerlendirme bilgisindeki eksiklikte bir engeldir. Yine yoğun bakım hemşireleri solunum değerlendirmesinde uzman ve bilgili oldukları halde ağrı değerlendirmesinde bilgili değildirler. Son olarak ağrı değerlendirmesiyle ilgili belgelerin eksikliği de bir engeldir. Ağrı değerlendirmesini doğru yapabilmek için kayıtlara ve yazılı belgelere ihtiyaç vardır.²⁴

Sağlık Personelinin Özellikleri: Ağrı hakkında inançlar ve tutumlar, eğitimsel ve kültürel tecrübelerden doğar. Farklı kültürdeki kişilerin ağrı ifadesi de farklıdır. Eğer

sağlık personelleri ağrı ifadesinde farklı kültürel yapıların önemi konusunda eğitilmemişlerse ağrı tecrübe eden hastalar hakkında değerlendirmede kendi kültürel birikimlerine itimat etme eğiliminde olacaklardır. Bu nedenle hastaların ağrı ifadelerinin değerlendirilmesinde sağlık personeli arasında önemli derecede ayrılık olabilir.²⁴

Sağlık personelinin ağrı ve ağrı değerlendirme hakkında bilgi düzeyleri hastaların ağrıların yeterince değerlendirilmesinde karışıklıklar doğurabilir. Son 20 yılda ağrı araştırmalarında gelişmeler olmasına rağmen ağrı konusunda tıp ve hemşirelik eğitiminde eksiklikler vardır.²⁴

2.5.4. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Subjektif bir duyu olan ve kişiden kişiye bir çok farklılıklar gösteren ağrıyı objektif olarak ölçmek çok kolay değildir. Fakat ağrı şiddeti tedavi sürecinde en etkili takip göstergesidir.³

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler, çok boyutlu ve tek boyutlu skala yöntemlerinin yanı sıra, davranışsal ağrı değerlendirme yöntemleri ve otonomik belirtilerin değerlendirilmesi yöntemlerinden oluşur. Çok boyutlu ağrı sorgulama formları genellikle kronik ağrılı hastalar için uygun yöntemlerdir. Tek boyutlu skalalar, ağrı şiddetinin tayini için sıklıkla kullanılan skalalardır. Bu skalalarla hastanın kendisi ağrı değerlendirmesi yapar.

Tek Boyutlu Skala Yöntemleri:

a. Sözel tarif skalaları (Verbal Descriptor Scales VDS)

Hastanın durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Basittir ve hastalar tarafından tercih edilir. Değişik sözel değerlendirme skalaları vardır (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Sözel Değerlendirme Skalalarından Örnekler (Kaynak No :25)

4'lü sözel skala	5'li sözel skala	6'lı sözel skala	12'li sözel skala	15'li sözel skala
1. Ağrı yok	1. Ağrı yok	1. Ağrı Yok	1. Fark edilmez	1. Ağrı Yok
2. Hafif	2. Hafif	2. Hafif	2. Ancak fark edilir.	2. Aşırı zayıf
3. Orta	3. Orta	3. Rahatsız edici	3. Çok az (çok zayıf)	3. Ancak fark edilir.
4. Şiddetli	4. Şiddetli	4. Sıkıntı verici	4. Az (zayıf)	4. Çok zayıf
	5. Çok Şiddetli	5. Korkunç	5. Hafif	5. Zayıf (az)
		6. Dayanılmaz	6. Orta	6. Hafif
			7. Kuvvetli (şiddetli)	7. Orta
			8. Keskin, şiddetli	8. Rahatsız edici
			9. Çok kuvvetli	9. Kuvvetli (şiddetli)
			10. Sert (şiddetli)	10. Keskin, şiddetli
			11. Çok keskin	11. Çok kuvvetli
			12. Dayanılmaz	12. Çok keskin
				13. Aşırı keskin
				14. Tolere edilmez
				15. Dayanılmaz

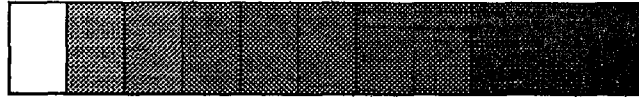
Sözel skalalar içinde “Prince Henry” ağrı skalası özellikle postoperatif ağrı değerlendirilmesinde kullanılan skalalardandır. Öksürme, derin solunum ve istirahat anında ağrının olup olmadığına göre 0 ile 4 arasında puanla değerlendirme yapılır.²⁷

<i>Öksürürken ağrı yok</i>	(0)
<i>Öksürürken ağrı var fakat derin solunumda yok</i>	(1)
<i>Derin solunumda ağrı var fakat istirahatte yok</i>	(2)
<i>İstirahatte ağrı az</i>	(3)
<i>İstirahatte ağrı ciddi</i>	(4)

Bu tür skalalarda ağrı şiddetinin tanımı için listedeki sözcüklere bağımlı olmak gibi bir dezavantaj vardır. Ayrıca hastalar sözel skalalarda, ortada yer alan kelimeleri kullanma eğiliminde olduklarından ağrı şiddeti tam olarak değerlendirilemez. Ancak ülkemizde yapılan bir uygulama da hastaların sayısal skalada zorlandıkları ama sözel skalaları daha kolay kullandıkları saptanmıştır.⁴

b. Sayısal değerlendirme skalaları (Numerical Rating Scale NRS)

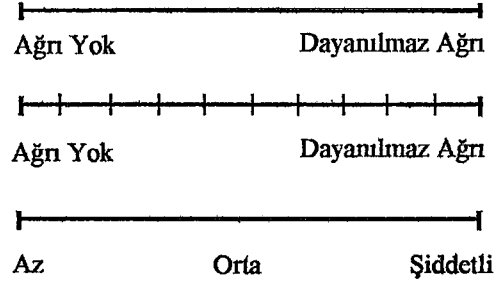
Burada hasta ağrı yoğunluğunu 0 (hiç ağrı yok) ile 10 (dayanılmaz ağrı) puan arasında değerlendirir. Değerlendirme 0 ile 100 rakamları arasında da yapılabilir Sayısal skalalar ölçümlerde hassasiyet artışını hastalar tarafından ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırması, skorlama ve kayıta sağladıkları, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için benimsenmektedir (Şekil 2.4.).^{3,4,25}



Şekil 2.4. Sayısal değerlendirme skalası (Kaynak No 25)

c. Görsel analog skala (Visual Analog Scale VAS)

Çoğunlukla 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey “Ağrı yok” ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı” ile biten bir hattır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. Sözlü ağrı değerlendirmesiyle karşılaştırıldığında yeterli hassasiyete sahip olduğu görülür. Ancak hastalar işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, hastanın yorgun ya da işbirliği yapamaz durumda olması VAS’ın yeterliliğini engelleyebilmektedir. VAS çocuklarda yararlı bir ölçüm olarak görülmesine karşılık yaşlılarda en iyi ağrı değerlendirme yöntemi olarak önerilmektedir (Şekil 2.5).²⁵



Şekil 2.5. VAS çeşitleri (Kaynak No 25)

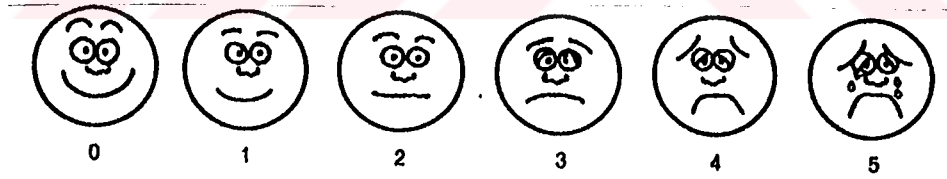
d. Analog renkli devamlı skala (Analogue chromatic continuous scale ACCS)

VAS ölçeğine benzer bir skaladır. Skalanın bir yüzünde 100 mm'lik cetvel diğer tarafında açık pembe renkten koyu kırmızıya kadar tedrici renk değişikliği olan şerit vardır. Ağrısızlık ile dayanılmaz ağrı uç noktaları arasında renk farklılığı ve karşılığı olan ölçü ile değerlendirme yapılabilmektedir.²⁵

ACCS ile VAS sonuçları arasında benzerlik saptanmıştır. Ancak hastada renk körlüğü olması ya da şeritte basılı renklerin solması veya değişmesi gibi dezavantajları vardır.

e. Yüz ifadesi skalası (Face Scale FS)

Yüz ifadelerinin resimlenmesi esasına dayanır. Genellikle çocuklarda kullanılsa da, lisan ve mental kapasite yetersizliklerinde erişkinlerde de kullanılır (Şekil 2.6.).



Şekil 2.6. Yüz İfadesi Skalası (Kaynak No 28)

f. Basit kelime skalası

Ağrının şiddetinin subjektif olarak değerlendirilmesinde kullanılabilir ağrı yok, hafif, rahatsızlık verici, şiddetli gibi kelimelerle ifade edilir. Seçilen kelimelerin çokluğu farklılığın hassaslığını büyütür, ancak bu durumda kelimelerin değişken değerlerinin uyumsuzluğunu göz önünde bulundurmak gerekir.^{4,25}

g. Dermatomal ağrı çizimi (Vücut kartları)

Basit, kullanımı ve hesaplaması kolay bir yöntemdir. Vücudun ön arka ve oblik olarak çizilip dermatomlara ayrılmış olarak bulunduğu kart, hasta tarafından ağrının

farklı şiddetleri için farklı tonda renkle boyanır (Örneğin kırmızı ve tonları). Farklı değerlendirmeler için (Örneğin hissizlikte mavi gibi) değişik renklerden yararlanılır. Hastanın boyadığı anatomik bölge sayısı, toplam ağrı puanlaması olarak kabul edilir. Hastalara detaylı bilgi verme, yaşlı hastalarda çizim yapma ve görme sorunları gibi dezavantajları vardır.²⁵

Ağrı Değerlendirmesinde Davranışsal Boyutlar

Ağrının doğru olarak değerlendirilmesinde, davranışsal belirtiler de önemlidir. Ağrının sözel ifadesi kusursuz olsa bile davranışların gözlenmesi planlanan ağrı kontrolü tedavisinde faydalı olabilecek ipuçları verebilir. (Tablo 2.2.)

Tablo 2.2. Ağrı ile İlişkili Davranışlar (Kaynak No 24)

Davranış Tipi	Örnekler
Yüz ifadesi	Yüz buruşturma, diş sıkma, dudak ısırma, alını kırıtırma, göz yaşarması
Sesli ifade	Ağlama, inleme, bağırma, iç çekme, Homurdanma
Sözle ifade	Şikayet etme, yalvarma, lanet okuma, küfretme anlamsız cümleleri tekrar edip durma
Vücut hareketleriyle ifade	Vurma, yumruklama, ovma, sallama, dövme ısırma
Davranışlar	Masaj, immobilizasyon, sakınma, koruma, Destekleme, yeme içme, basınç uygulama, sıcak, soğuk uygulama, okuma, televizyon izleme, müzik dinleme, uygun pozisyon

Özellikle dil problemi bulunanlarda mental kusuru olan yetişkin hastalarda akut ağrıda bu davranışları dikkate almak ağrı değerlendirmesi açısından gereklidir.³

Ağrının ifade edilebilir davranışlarının çokluğuna rağmen bazen hastalar tarafından, ağrı kontrolüne uğraşıldığı teşhis edilmiştir. Örneğin hastalar, televizyon izleme, müzik dinleme gibi dikkati başka yöne çekme vasıtasıyla ağrıyı azaltabilirler.²⁹

Ağrının Değerlendirilmesinde Otonomik Belirtiler

Ağrının değerlendirilmesinde otonomik belirtiler Tablo 2.3.'de verilmiştir.

Tablo 2.3. Ağrı Değerlendirmesinde Otonomik Belirtiler (Kaynak No 30)

Terleme solgunluk
Vazokonstriksiyon
Sistolik ve diastolik kan basıncında artma
Nabız oranında artma (Dakikada 100'ün üzerinde)
Pupilla dilatasyonu
Solunum sayısında değişiklik (Genellikle artar dakikada 20'nin üstünde)
Kas gerginliği ve spazm
Bağırsak hareketlerinde azalma, bulantı, kusma, abdominal distansiyon ve olası ileus.
Endokrin dengesizlikleri, sodyum ve su retansiyonu, hafif hiperglisemi.

2.6. Ağrı Konusunda Yanlış Eğilimler ve Kavramlar

Ağrının tanımı, etkileri, süresi, hafifletilmesi, tedavisi, hemşirelik girişimleri ve değerlendirilmesi konusundaki yanlış eğilimler ve kavramlar ağrı kontrolünü olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yanlış kavramları şu şekilde sıralamak mümkündür.

- Sağlık bakım profesyonelleri ağrı konusunda en iyi otoritelerdir.
- Daha az rahatsızlığı olanlar (minör girişimler) daha ciddi fiziksel rahatsızlığı olanlardan (majör girişim geçirenlerden) daha az ağrı duyarlar.
- Düzenli olarak analjezik uygulama ve opioid ilaçların sık kullanımı ilaç bağımlılığına neden olur.
- Travmada doku hasarının şiddetiyle doğru orantılı olarak ağrının derecesi de artar.
- Ağrının gerçek olması için tanımlanabilir bir patoloji olmalıdır.
- Ağrısı olan hastalarda gözlenebilir, fizyolojik ve davranışsal belirtiler vardır.
- Psikojenik ağrı gerçek ağrı değildir.
- Yaşlılarda rahatsızlığa bağlı acı çekme kaçınılmazdır.
- Ciddi ağrılar yalnızca narkotiklerle kontrol edilebilir.
- Hastalar hastanede ağrıları olacağını beklemelidirler.
- Ağrısı olan hastalara ağrı toleransların yükseltmeleri öğretilmelidir. Ağrı ne kadar uzun sürmüşse ya da hasta ne kadar fazla ağrı çekmişse ağrı toleransı daha iyi olacaktır.
- Ağrılı hasta rolü oynamak ve ağrının ikincil kazanç için kullanımı yaygındır.

Ağrısı olan hastanın hemşireliğin profesyonel sorumluluğu altında olduğunu unutmadan, ağrılı hasta bakımı planlanırken hemşirelerin kendilerini bu yanlış inançlardan korumaları önemlidir.^{4,12,31}

2.7. Postoperatif Ağrı

2.7.1. Tanımı: Cerrahi hemşireliği içinde önemli bir yeri olan postoperatif ağrı, cerrahi travmayla başlayan giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sonlanan akut bir ağrıdır. Doku hasarı ve sinir uçlarının travması ile ilgili olduğu için iatrojenik olarak kabul edilir.⁴

2.7.2. Etkileri: Ameliyat bölgesindeki doku harabiyeti sonucu bir takım yapısal ve kimyasal değişiklikler ortaya çıkar. Ağrılı uyarandan sonra bölgede en erken ortaya çıkan olay vazodilatasyondur. Bu vazodilatasyonun çevresinde halka şeklinde ikinci bir vazodilatasyon ve ödem oluşur. Bir kaç dakika sonra hassasiyetin arttığı görülür hiperaljezi ortaya çıkar. Doku hasarı olan organizmada her zaman hem sempatik deşarj ve belirli endokrin değişiklikler gibi zararlı hem de zararlı uyarılardan çekilme gibi yararlı olabilen refleks tepkiler oluşmaktadır.³

Hastada sıkıntı, depresyon ve anksiyete yaratan postoperatif ağrı önemli fizyopatolojik değişikliklere de neden olmaktadır. Ağrının ameliyatla ortaya çıkan stres yanıtının oluşmasında çok önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Travma ve strese fizyolojik tepkiler; pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner disfonksiyonu ayrıca kas metabolizması ve fonksiyonunda bozulma, nöroendokrin fonksiyonlarda değişiklik, hipermetabolizma ile enerji depolarından substratların açığa çıkmasını içerir.³

Sonuç olarak postoperatif ağrı, psikolojik, fizyolojik etkileri ve bunların yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle önemlidir.

2.7.3. Postoperatif Ağrının Süresi: Postoperatif ağrının başlaması ve süresi için zaman profili değişiklikler göstermektedir. Genel majör cerrahide ilk ağrı minör girişimlerden daha uzun sürmekle birlikte, birçok minör ameliyatta majör ameliyatlar sonrası görülen ağrıya eşdeğer şiddette ağrı olmaktadır. Ancak minör ameliyatlardan sonra ağrının gerileme süresi daha uzun sürer.⁴

2.7.4. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler: Postoperatif ağrının oluşumu, yoğunluğu, kalitesi ve süresini etkileyen birçok faktör belirlenmiştir. Hastanın fizyolojik ve psikolojik yapısı, preoperatif, farmakolojik ve psikolojik hazırlığı, cerrahi operasyonun yeri, niteliği ve süresi, postoperatif komplikasyonların varlığı, preoperatif, peroperatif ve postoperatif anestezi yöntemi, postoperatif bakımın kalitesi postoperatif ağrıyı etkileyen en önemli faktörlerdir.³²

2.7.5. Postoperatif Ağrının Kontrolü ve Tedavisi: Cerrahi girişim sonrası postoperatif ağrı tedavisi ve kontrolünün majör amaçları; ağrı nedeniyle meydana gelen rahatsızlığı minimal düzeye indirmek veya elimine etmek, iyileşme sürecini kolaylaştırmak, tedaviyle ilişkili yan etkileri kontrol altına almak veya önlemek, etkili tedavi sağlamaktır.¹⁹

Son yirmi yılda postoperatif ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen tedavide yetersizlik hala devam etmektedir. Bunun nedeni ilaçlar hakkında farmakolojik bilgi eksikliği, opioid ilaçların solunum depresyonu yapma, tolerans gelişimi veya hastada bağımlılık, yapacağı endişeleri ile hiç kullanılmaması veya yetersiz kullanılması, yeni teknikler konusunda bilgi ve beceri eksikliği olabilir.³³

Sağlık personelinin orta ve şiddetli ağrıya yaklaşımları genellikle ağrıyı tamamen kaldırmak değil onu kısmen azaltmak şeklinde olmaktadır. Bunun nedeni de postoperatif ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu ve çekilmesi veya dayanılması gerektiği şeklinde değerlendirmeleridir. Ayrıca organize ekip çalışması olmadığı için postoperatif ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılmamaktadır.³³

Postoperatif ağrının kontrolü; ağrıyı önleme, farmakolojik kontrol non-farmakolojik girişimler olarak ele alınmaktadır.¹³

Ağrıyı Önleme: Ağrı tedavisinin ilk amacı ağrıyı engelleme ve rahatlığı sağlamadır. Opioid premedikasyon ve lokal anestetik blokların kullanımının postoperatif ağrıyı azalttığı araştırmalar sonucu ortaya konmuştur.²⁹

Postoperatif ağrının önlenmesinde, hastanın pozisyonu da oldukça önemlidir. Uygun pozisyon verme, pozisyonu sık sık değiştirme, kas kontraksiyonu ve spazmının engellenmesine yardımcı olacaktır. Yaralı kısımların desteklenmesi, kas zorlanması ve yorgunluğa engel olmada, ağrıyı önlemede önemlidir. Yaralı bölgeye dikkatli dokunulmalı ve olası sekonder travmalardan sakınılmalıdır. Hasta ağrılı uyarılardan nasıl sakınılacağını en iyi bilendir. İnsizyon veya operasyon bölgesi basınç ya da gerilim altında olmamalıdır. Bazen düzensiz çarşafın minimal basıncı gibi önemsiz görülen şeyler bile zararlı uyarılar üretebilir.²⁹

Postoperatif hastalara solunum egzersizleri süresince ağrı uyarılarının minimal düzeyde olması için, preoperatif dönemde abdominal ve torasik insizyonlarda dıştan nasıl destekleyecekleri öğretilmelidir.²⁹

Postoperatif ağrının kontrol altına alınmasında konfor da önemlidir. Konfora dikkat etme ağrı toleransını destekleyip duyuşal uyarıları azaltabilir. Sakin bir çevrede, temiz, kuru ve düzenli bir yatak, konforu artırır. Sıklıkla kuru ağız anestezi sonrası problemdir. Dudaklara nemlendirilmiş bez, vazelinli merhem uygulama ve oral yolla almasında sakınca yoksa soğuk içecekler hastayı rahatlatır. Bütün drenaj tüpleri drenaj bölgesini distansiyondan korumak için sık sık kontrol edilmeli, tıkanıklık varsa giderilmelidir. Postoperatif ağrı ve rahatsızlığın genel nedeni mesane distansiyonu olabilir, bu durum gözden kaçırılmamalıdır. Hastaya uygulanan invaziv girişimler (iliştirilmiş aletler) emniyet açısından sık sık kontrol edilmelidir, böylece çekmeye bağlı gerginlik ve hareketten kaynaklanan doku irritasyonu önlenerek ağrı engellenmiş olur. Yine sıkı alçı ve giysi gibi dolaşımı engelleyen faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.²⁹

Özetle ağrıyı önlemede, anestezi, postoperatif dönemde uygun pozisyon, insizyon bölgesinin desteklenmesi ve konforun sağlanması esastır.

Farmakolojik Kontrol : Postoperatif ağrı tedavisinde en sık kullanılan yöntem belirli aralarla veya “gereğinde” verilmek üzere kullanılan analjezik ilaçlardır. Ağrının daha etkili tedavisi için farmakolojik yöntem içerisinde engelleyici yaklaşım (preemptif analjezi) önemlidir. Ağrı tedavisinde engelleyici yaklaşımın anlamı, ağrı başlamadan önce ağrıkesici ilaçların verilmesidir. Ağrıda geçen zaman günün büyük bir kısmı ise analjezikler düzenli uygulanmalı hatta “gereğinde” uygulanması istenen analjezikler, gereklilik oluşmadan önce yapılmalıdır. Bu uygulama hastanın yoğun ağrıya sahip olup ağrıkesici alması veya istemesi durumundan önce gerçekleştirildiği için “gereğinde” uygulama biçimindeki alışılmış yaklaşımdan daha iyidir.^{13,32}

Engelleyici yaklaşımın birçok yararı vardır. Genellikle orta şiddetli ağrıyı hafifletmede daha az dozda analjeziğe ihtiyaç duyulur veya ağrı oluşumunu engeller. Böylelikle günlük doz miktarı daha azalır ve analjezik toleransına engel olunur, konstipasyon, sedasyon gibi ciddi yan etkilerin gelişmesi önlenir.²⁹

Ağrıyı hafifletmek için “gereğinde” yaklaşımda hasta genellikle ağrı hissettikten sonra analjezik verilip, etki göstermesi için beklendiğinden 24 saatlik periyot içerisinde birkaç saati ağrıda harcamış olur.³²

Engelleyici yaklaşımla oluşturulan daha iyi ağrı kontrolü hastanın ısrarla ilaç isteme olasılığını azaltır. Bazı sağlık ekibi üyeleri akut ağrılı hastada, kontrollü narkotik

uygulamasının bağımlılığın engellenmesine yardım edeceğine inanır, fakat bu inancın dayanağı yoktur. Elbetteki ağrısı olan ve analjeziği kısıtlanan hasta, ağrısı başlamadan önce hafifletilen hastadan daha çok analjezik isteyecektir. Postoperatif ağrının daha etkili tedavisi ve kalıcı ağrı sendromlarının önlenmesi için preemptif analjezi önem kazanmaktadır. Hatta bazı araştırmacılar ağrı tedavisinin retrospektif olmaktan çok preemptif olması ve analjezik tekniklerin ağrıyı ortadan kaldırmaktan çok önlemeyi hedeflemesi gerektiğini bildirmektedir.²⁴

Analjezik uygulamasında, kişisel doz ve doz aralıkları, hasta metabolizması, ilaçların emilimindeki farklılık ve ağrı şiddetindeki değişiklik dikkat edilmesi gereken önemli noktalar ve düzenlemelere ihtiyaç gösterir. Bir hasta için etkili olabilen narkotik doz aralığının bir başka hasta için uygun olmaması şaşırtmamalıdır. Bununla beraber çok şiddetli ağrı durumlarında özellikle narkotik türü analjeziklerin çok iyi ayarlanarak verilmesi gerekir.²⁹

Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler nedeniyle analjeziklerin dikkatli uygulanması önemlidir. İlaç reaksiyonları, kronik rahatsızlık insidansının yüksekliği, ilaç kullanımının fazlalığı, ilaç etkileşimleri nedeniyle yaşlılarda ilaç reaksiyonları muhtemelen daha çoktur. Narkotik ve nonnarkotik analjezikler uygulanmadan önce potansiyel ilaç alerjisi hikayesi de araştırılmalıdır.²⁹

Akut ağrı tedavisinde solunum depresyonu nedeniyle ya da bağımlılık korkusuyla narkotik analjezikleri kullanmama eğilimi söz konusudur ve bu nedenle daha çok ağrı çekilir. Narkotiklerin uzun süre kullanımında bile bağımlılık insidansının %3'ten daha az olduğu ifade edilmektedir. Porter ve Jick narkotik kullanımının bağımlılığa yol açtığını ancak cerrahi uygulamalarda ve akut ağrı tedavisinde kullanıldığında problem oluşturmayacağını ifade etmektedirler.²⁹

Analjeziklerin konstipasyon, mide bulantısı gibi bakımla engellenebilecek istenmeyen yan etkileri, hastalarda sunulan analjeziğin kabul edilmemesine neden olabilir. Hastane ortamında bir çok insan için normal bağırsak alışkanlıkları değişebilir ki opioid kullanımı bu bağırsak düzensizliklerini daha da artırabilir. Hasta konstipe olduğu zaman uyuşukluk, şişkinlik hisseder ve iştahsızlık, baş ağrısı olur. Her gün 2 litre sıvı içmenin önemi ve diyetle normal posalı yiyeceklerin bulunması üzerinde eğitim yapılması opioidlerin sözü edilen bu yan etkilerini önlemeye yardımcı olacaktır. Fakat her zaman böyle bir diyet tolere edilemeyebilir bu nedenle uygulamada opioidlerle

birlikte laksatif uygulanması ve bulantının önlenmesi için antiemetiklerin verilmesi profilaktik açıdan gereklidir.³¹

Postoperatif ağrının hafifletilmesi için analjezik ihtiyacının belirlenmesinde güvenilirlik azdır. Narkotiklerin, vücut ağırlığı esas alınarak verilmesi gerekirken özellikle erişkinlerde ağırlık, güvenilir analjezik miktarının belirlenmesinde göz ardı edilmektedir.²⁹

Ağrının farmakolojik kontrolü içerisinde hasta kontrollü analjezi (patient controlled analgesia PCA) 1980'lerin ortalarında teknolojik gelişmelere paralel olarak kullanımı kolay cihazlara dönüşerek postoperatif analjezide yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. PCA yönteminde hastanın analjezik ilacı kendi kendisine verebilmesi ve ağrısını kontrol edebilmesi, postoperatif ağrıda majör etken olan anksiyete ve stresi azaltmaktadır. Ayrıca konvansiyonel intramüsküler opioid uygulamalarında intramüsküler opioid absorpsiyonundan veya hemşireden kaynaklanan gecikmelerin olumsuz etkisi PCA yönteminde ortadan kaldırılabilmekte, böylece daha iyi ağrı kontrolü sağlanmaktadır.³

PCA, belirli bir grup analjezik veya belirli bir veriliş yolu ile sınırlı değildir. Herhangi bir yolla verilen herhangi bir analjezik, hastanın kontrolünde, hemen ve gereken miktarda verilebiliyorsa, bu yöntem PCA olarak tanımlanabilir. Bugün PCA uygulamasının postoperatif analjezide önemli bir ilerleme olduğu kabul edilmektedir.

Cerrahi birimlerde akut ağrının farmakolojik girişimlerle uygun yönetimi için şu ilkeler önerilmektedir:

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı
- Narkotik korkusundan vazgeçilmeli
- Analjezikler gerektiğinde değil saatinde uygulanmalı
- İlaç dozu hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli
- İlacın etkisi değerlendirilmeli eğer etkili değilse plan modifiye edilip yeniden değerlendirilmeli
- Doz ağrının şiddetine göre ayarlanmalı
- Hasta için en iyi veriliş yolu kullanılmalı.
- Uygulamalar arası kesintisiz istirahat dönemi sağlanmalı
- Hijyenik uygulamalar ve egzersizler analjeziklerin etkili olduğu süre içinde yapılmalıdır.⁴

Non-farmakolojik Yöntemler: Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik analjezidir. Çok sayıda analjezik ilaçlar bulunmasına rağmen ağrı prevalansı ve tedavisi hala önemli bir sorundur. Bunun olası nedenlerinden birisi ağrının farmakolojik tedavisinin tek başına yeterli olmayışdır, ayrıca farmakolojik analjezikler, özellikle narkotikler bazı hastalar için uygun olmamaktadır.⁴

Ağrı yönetiminde ilaçların kullanılmadığı ya da etkisiz kaldığı durumlarda, bunların etkisini artırmak, ağrıyı kontrol altına almak için non-farmakolojik yani ilaç dışı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.⁶

Ağrı kontrolünde genel non-farmakolojik yöntemler şunlardır.

a. Fiziksel ve Deri Stimülasyon Yöntemleri:

Tedavi edici değil, ağrıyı gidermek için palyatif amaçlı uygulanır. Stimülasyon sırasında ya da sonrasında ağrı giderilir.

Masaj: Gergin kasları gevşetir ve lokal dolaşımı hızlandırır. Sırt ve ayak masajı özellikle gevşeticidir.⁶

ROM egzersizleri (Pasif-aktif destekli): Kasları gevşetir, dolaşımı sağlar ve hareketsizliğin ağrıyı hafifletmesini engeller.³⁰

Sıcak Uygulama: Sinaptik keselerde depolanmış olan serotonin salınımını uyarmaktadır. Serotonin ağrının algılanmasını azaltmakta, ağrı eşiğini yükseltmektedir.⁶

Soğuk Uygulama: Sinir lifleri ve reseptörlerinin ısınısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır, o bölgedeki ağrı eşiğini yükseltir.⁶

Transkutan Sinir Stimülasyonu (TENS): Ameliyat sonrası insizyon bölgesinin her iki yanına yerleştirilen elektrotlar vasıtası ile zayıf elektrik impulsları deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınır. TENS'in ağrı giderici etkisi ya kalın çaplı myelinli A beta liflerinin aktivasyonu ile kapının periferden gelen ağrı impulslarına kapanması ya da derin lif aktivasyonu ile endorfinlerin salgılanması ile gerçekleşir. Yapılan araştırmalar TENS'in postoperatif ağrının hafifletilmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Ameliyat sonrası ağrının giderilmesine %70-90 oranında olumlu etki gösterdiği vurgulanmaktadır. TENS'in sağlığa zararlı etkileri olmadığı için özellikle yoğun bakım ünitelerinde ağrı hafifletmede mükemmel bir ilave yöntemdir. Özellikle geniş torasik ve abdominal insizyonlar ile ilişkili ağrıyı hafifletmek için etkilidir. Aynı zamanda açık kalp ameliyatı sonrası sternal ağrı ve göğüs tüpleri ile ilişkili ağrıyı hafifletmede de etkili olabilir.^{6,9,29}

Mentollü kremler: Deriye uygulandıklarında genellikle ısı etkisi bazen de serinlik etkisi gösterirler. Mentolün ağrıyı azaltıcı etkisi, içinde bulunan analjezik maddelerin ve kremdeki mentolün korteksi uyarak ağrı kapısını kapatması yoluyla ağrı algılanmasını engellemesi şeklinde düşünülmektedir.³⁴

Vibrasyon: Bir tür elektrik masajıdır. Ağrı gidermek amacıyla kullanımı yaygın değildir, ancak yapılan çalışmalar çok etkili olabildiğini göstermiştir.⁶

b. Emosyonel Girişimler :

Anksiyetenin kontrolü ve önlenmesi: Az miktarda anksiyete kas gerginliğine neden olur ve hastanın ağrı toleransı azalır. Gevşeme, derin solunum, gerilme, soluk verme, esneme egzersizi, hoş, komik şeyler düşlemek, çene gevşetme egzersizi ve yavaş ritmik solunum anksiyeteyi kontrol altına almaya veya önlemeye yardımcı olabilir.⁶

Self kontrolü sağlama: Kendini kontrol etme yeteneğinin zayıflaması, yardıma muhtaç olma, bağımlılık duygusu anksiyete ve ağrıya katkıda bulunur. PCA ve kendi kendine idare etme yeteneğini geliştirme self kontrolü sağlamaya yardımcı olur.⁶

c. Kognitif Uygulamalar

Duyusal faktörlerde oluşturdukları değişiklik yolu ile etki gösterirler.

Hazırlayıcı bilgi: Bilgi vererek hastayı hazırlama stres ve anksiyeteyi azaltıp ağrının da azalmasına neden olması beklenir. Preoperatif eğitim bu tekniğin bir örneğidir.⁶

Hasta eğitimi: Ağrıyı hafifletmek ya da önlemek için kullanılan eğitim metotlarıdır. Rahatlatıcı, uygun postoperatif pozisyon, ambulasyon metotları ve öksürükten insizyon yerinin desteklenmesi örnek olarak verilebilir.⁶

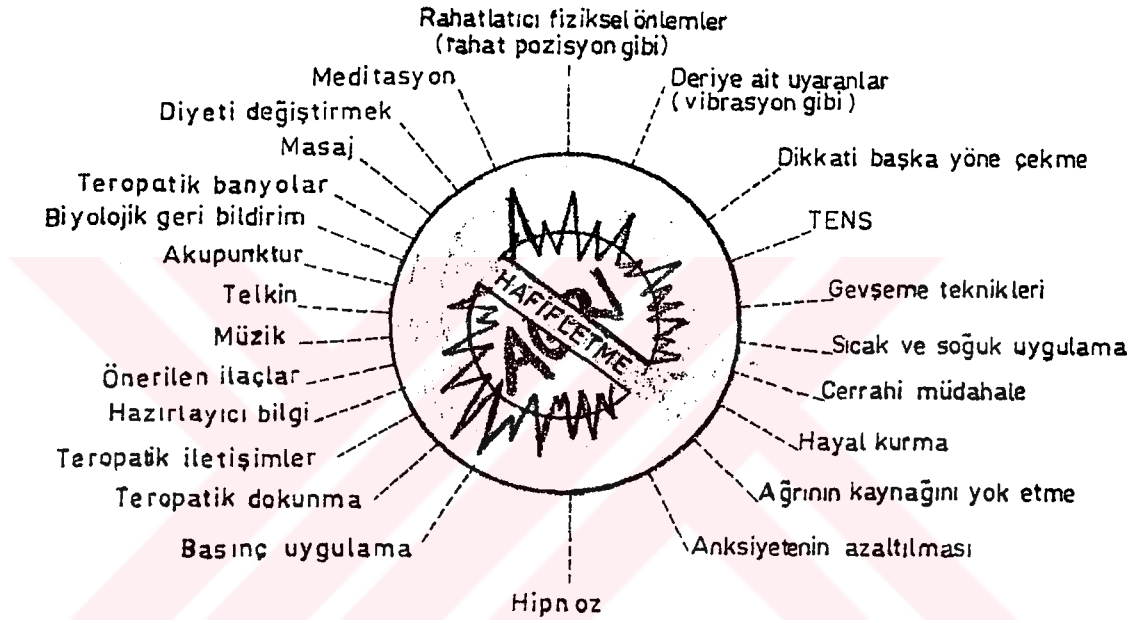
Dikkati başka yöne çekme: Sohbet etme, okuma, televizyon izleme, müzik dinleme ve gevşeme tekniklerini uygulama yoluyla dikkati başka yöne çekerek ağrı azaltılabilir.⁶

Mizah - Gülme: Vücudun doğal endorfin salgısını artırdığı gösterilmiştir. İlgiyi başka yöne çekerek stresli hastaya yardımcı olabilir. Gülme / mizahi düşünce özellikle ağrılı işlemlerden önce kullanılabilecek yararlı bir yöntemdir.⁶

Hayal - Düşleme: Bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan dikkati başka yöne çekme yöntemidir.⁶

Biofeedback (Biyolojik geri bildirim): Kan basıncı gibi fizyolojik fonksiyonlar hakkında verilen bilgi hastadan geri alınır. Böylece hasta beden yanıtını daha sağlıklı bir yolla değiştirir.⁶

Sonuç olarak non-farmakolojik yöntemlerle analjeziklerin kullanım oranının azaltılması ve hastanın ağrı sorununun olabildiğince çözümlenmesi amaçlanmaktadır. Bu yöntemler aynı zamanda hemşirelerin bağımsız rollerinin pekiştirilmesini destekleyici yöntemlerdir.³⁴ (Şekil 2.7.)



Şekil 2.7. Ağrı Hafifletici Önlemler (Kaynak No 2)

2.8. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü ve Hemşirelik

Girişimleri

Ağrıyı giderme hem ızdırap çeken kişi hem de ona yardım eden kişiler için sürekli ve karmaşık bir sorun olarak algılanmaktadır. Bu sorun multidisipliner ekip çalışmasıyla en aza indirgenebilir. Bireye multidisipliner ekip tarafından verilmesi gereken hasta merkezli yaklaşım sağlanmadıkça etkili ağrı idaresi oluşturulamaz. Bu ekip içerisinde hemşireler hasta bakımında hastaya daha fazla zaman harcadıkları için ağrı tedavisinde de önemli role sahiptirler.³⁵

Profesyonel hemşirelik tanımında sağlığın yükseltilmesi, rahatsızlığın ve ağrının iyileştirilmesi yer alır. (American Nurses , Association 1980-Meinhart Ve McCaffery

1983). Hemşireliğin profesyonel standartlardaki bu tanımına rağmen ağrı yönetiminde yetersizlikler görülmüştür.³⁶

Ağrı yönetimi konusundaki profesyonel sorumluluk, ağrılı hastalarda hemşirelik girişimlerini ve hemşirelik girişimlerinin uygunluğunu değerlendirmeye, ilaveten hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme, değerlendirme ve kaydetmeye ihtiyaç gösterir.

Ağrı tedavisinde çoğunlukla ağrının hafifletilmesi dikkate alınır. Hemşirelikte ağrıya yaklaşım, ağrının hafifletilmesi teriminden daha doğru ve çok boyutlu bir ifadedir ve ağrılı hasta ile hemşirelerin etkileşiminde birçok yol işaret eder. Fagerhaugh ve Strauss tarafından tanımlanan ağrıya yaklaşımın boyutları³⁶ Tablo 2.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.4. Hemşirelikte Ağrıya Yaklaşımın Boyutları (Kaynak No 36)

- Ağrıya engel olmak ya da mümkün olduğu kadar azaltmak
- Ağrı çeken hastaya destek olmak
- Ağrıyla başa çıkmak
- Ağrının nedenlerini değerlendirmek ya da teşhis etmek
- Ağrının etkilerini bilmek
- Ağrı tedavilerinin yan etkilerini kontrol altında tutmak.
- Hasta yakınlarının bakıma katılımını sağlamak
- Noninvaziv ağrı giderme önlemlerinin kullanımını sağlamak

Ağrısı olan hastalar temel yaşam gereksinimlerinin desteklenmesi ve rahatlığın sağlanması kadar fonksiyonel yetenekleri tehdit eden ağrıya yaklaşım konusunda da hemşirelere ihtiyaç duyarlar. Tablo 2.5.'de hemşirelikte ağrıya yaklaşım girişimlerine örnekler verilmiştir.

Tablo 2.5. Hemşirelikte Ağrıya Yaklaşım Girişimlerine Örnekler (Kaynak No 36)

Ağrıya Yaklaşımın Boyutları	Hemşirelik Girişimlerinin Amacı	Örnekler
* Ağrıyı azaltma ve engel olma	* Transmisyonu modifiye ya da bloke etme	* Analjezi uygulama Aspirasyon ya da öksürme sırasında ağrıya engel olma Pozisyon değiştirme Enjeksiyon öncesi bölgeye hafif masaj yapma Yatağa bağımlı hastada ağrı provakasyonunu önleyici destek sağlama Soğuk, Sıcak, Masaj, TENS, Vibrasyon uygulama Gevşeme ve dikkati başka yöne çekme yöntemlerini uygulama
* Ağrıyı ifade etme ve iletişim	* Ağrı ifadesi ve iletişime hastayı hazırlama	* İletişim ağını oluşturma Hasta ile ağrının anlamı ve tedavisini tartışma Ağrının değişik ifade biçimlerini kavratma (el sıkma, yatak kenarlıklarını kavrama gibi)
	* Güvenilir ve emniyetli bir çevre sağlama	* Hastaya ruhsal destek olma ve bilgi verme Gizlilik ve sessizlik için ortam oluşturma Hastayı izleme
* Ağrı tahammülü	* Uygulamalar ve hizmetler süresince ağrı toleransını arttırmak	* Premedikasyon uygulama Aktiviteler süresince elle destek sağlama Aktivite, dinlenme ve ziyaret periyodlarını planlama, yürütme Zaman geçirme, gevşeme tekniklerini kullanma Dokunma ve Konuşma Hastanın yanında kalma

Ağrıya yaklaşımda hemşirelik girişimleri, ağrının etkileri de düşünülerek hazırlanmış tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, kaydetme gibi aktivitelere ihtiyaç gösterir.

Ağrı, beden ısısı, kan basıncı gibi objektif olarak ölçülemez bunun için ağrıyı tanılamaya yardımcı olacak çeşitli formlar geliştirilmiştir. En çok bilinen Mc Gill Formu kompleks, zaman alıcı ve klinik kullanımdan çok araştırmalarda yardımcıdır. Kliniklerde sıklıkla kullanılan McCaffery, M, Beebe tarafından geliştirilmiş ağrı tanılama formudur. Ağrı formuyla, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç süresi, değişiklikleri ve ritmi, ağrıyı ifade etme yolu, ağrıyı neyin giderdiği, ağrıya yol açan ya

da artıran nedenler, ağrının etkileri ortaya konur. Bu verilere göre ağrı kontrolü için plan yapılır.⁴

Ağrı genellikle dinamik olduğu için tanılama da sürekli. Tanılamanın sürekliliği ağrı izlem formu ile sağlanır. Formun içeriği hastaların gereksinimine ve kullanılan konunun özelliklerine göre değiştirilebilir.

Ağrı izlem formuna hastanın hissettiği ağrı azalması ya da tedaviden memnuniyeti de kaydedilir. Şekil 2.8.'de verilen skalalar kullanılarak hastaların ağrılarının ne kadar azaldığı değerlendirilebilir. Hastalar sayısal ya da yüzde skalaları değerlendirmede güçlük çekerlerse basit tanımlayıcı sözel skalalar da kullanılabilir.

Ağrının Dindirilmesi:

%0 - %10 - %20 - %30 - %40 - %50 - %60 - %70 - %80 - %90 - %100

Ağrı hiç dinmedi

Ağrı tümtüyle dindi

Memnuniyet:

Size yapılan ağrı tedavisinden ne kadar memnun oldunuz?

0 - 1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Hiç memnun
olmadım

Çok memnun
oldum

Şekil 2.8. Ağrı dindirme ve memnuniyet skalaları (Kaynak No 4)

Ağrı subjektif olduğu için hemşirelik tanılamasında hastaların ağrı konusunda söylediklerini dinlemek, ağrı belirtilerini gözlemekten daha önemlidir. Bazen hastanın sözel becerileri ağrısını anlatmada yeterli olmayabilir, anlatma ve ifade zorluğu yanlış anlamalara yol açabilir.⁴

Ağrı tanılaması yapılırken şu noktalara dikkat edilmelidir.

- Hasta ağrılı bölgesini göstermeli ve tanımlamalıdır.
- Kayıtlarda hastanın kendi kelimeleri kullanılmalıdır.
- Ağrılarını, insanlara inandırma gerektği duygusu verilmemelidir bu onların anksiyetesini artırır ve enerji kaybına neden olur.
- Ağrıdan söz etmeyen hastaların ağrısız olduğu düşünülmemelidir.

- Rahatsızlık, ızdırap gibi kelimelerin birey için taşıdığı anlam öğrenilmeli, bunlar ağrı anlamında düşünülmemelidir. Bulantı, baş dönmesi, mutsuzluk, yalnızlık ve üzüntü gibi sıkıntıları da olabilir.

Problem tanımlanıp olası neden belirlendikten sonra hemşirelik tanısı konur. Diğer hemşirelik aktivitelerinde olduğu gibi ağrılı hastalarda da hemşirelik girişimlerini uygulama, hastaların durumu değerlendirilip hemşirelik tanısı koymayla başlar.

Konstipasyon, uykusuzluk, kusma, halsizlik, fiziksel mobilitede bozulma kendi kendine beslenememe, korku, bilgi yetersizliği, başatma mekanizmalarının yetersizliği, sosyal izolasyon gibi hemşirelik tanıları ağrılı hastaların olası sorunudur.⁴

Ağrılı hastanın bakımı planlanırken

- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmeli
- Nedeni ne olursa olsun ağrının bir “yardım arayışı” olduğu unutulmamalı
- Hastanın korkularının giderilmesi için plan yapılmalı
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkında yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışmalı
- Bilgi eksikleri saptanmalı, eğitim planlanmalı
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalı
- Ağrının artmasına neden olan problemleri gidermek için plan yapılmalı
- Analjeziklerin yan etkileri giderilmeye çalışılmalı
- Hastaya daha önce ağrısının dindirilmesinde nelerin yardımcı olduğu sorulmalı
- Plan hasta ile beraber yapılmalı
- Hasta yakınlarının bakıma katılımı sağlanmalı
- Noninvaziv ağrı giderme önlemlerinin kullanımı sağlanmalıdır.

Geleneksel ağrı giderme yolu olarak kullanılan ağrı kesici kullanma yerine hastanın kendi bakımı ile ilgili kararları vermede katkısı sağlandığında, ağrıyı hissetme derecesinde dayanıklılık açısından değişiklikler meydana gelecektir.

Yaşam, sağlık ve iyilik hali genel öz bakım ihtiyaçları olarak adlandırılan spesifik bölgelerdeki fonksiyonlara bağlıdır (Orem 1985 - Underwood 1980) ve bu fonksiyonlar ağrı ve ağrı tedavisi nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilir^{4,35,37} (Tablo 2.6.).

Tablo 2.6. Genel Öz-Bakım İhtiyaçları Üzerinde Ağrı ve Ağrı Tedavisinin Etkilerine Örnekler
(Kaynak No 36)

Genel Öz Bakım İhtiyaçları	Ağrının İlişkili Olduğu Problemler	Ağrı Tedavisi ve Onun Yan Etkilerinin Neden Olabileceği Problemler
Yeterli hava değişimi	Solunum, öksürük	Solunum depresyonu
Yeterli sıvı-gıda alımı	Bulantı, kusma, kramp	Bulantı, kusma, ağız kuruluğu
Boşaltım süreci	Diyare, Konstipasyon, Ürinyasyon	Diyare, Konstipasyon, idrar retansiyonu
Hijyen ve vücut ısısı	Deri durumu, hassasiyeti ve yara bakımı	İntravenöz yol bakımı, allerjik reaksiyonlar
Aktivite ve dinlenme dengesi	Uykusuzluk, mobilite, hipotansiyon, eklem hareketleri	Somnolans ve Sedasyon, hipotansiyon, aktivitelerde azalma
Sosyal etkileşim ve yalnızlığın dengelenmesi	Sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, iritabilite	Ruhsal dengesizlik, görmede sapma, konsantrasyon bozukluğu

Subjektif bir kavram olan ağrı, doğru bir biçimde ağrı değerlendirmesinin yapılması ve tüm hemşirelerin klinik olarak ağrıyla mücadele etmeleri ile objektif bir kavrama dönüşür. Hastanın ihtiyaçlarını ve problemlerini saptayacak ve hemşirelik girişimlerine yön verecek mükemmel bir ağrı değerlendirme aracının olmamasına karşın ağrı değerlendirme araçlarını nasıl kullanacağını ve güvenilirliğini bilmek hemşirelerin sorumluluğundadır.³⁴

3. MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyla tanımlamaları ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin postoperatif ağrılı hastalara uyguladıkları hemşirelik girişimlerini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Cerrahi Tıp Bilimlerine ait (Genel Cerrahi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Üroloji) kliniklerde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, 16-65 yaş arasında, genel anestezi almış, başka bir akut hastalığı bulunmayan, ameliyat sırasında ve sonrasında hiç bir komplikasyon geçirmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır. Ağrı algılaması üzerine etkisi olacağından kanser vakaları, acil ameliyat geçiren hastalar ve genel olarak lokal anestezi altında opere edildikleri için Kulak Burun Boğaz ve Göz Hastalıkları kliniklerinde yatan hastalar araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

Ön uygulamada, ağrıyla başa çıkmada tedavinin etkinliğini saptamak için, ağrı dindirme ve memnuniyet skalasının yüzde ya da sayısal biçimiyle değerlendirilmesi yoluna gidilmiş fakat hastaların bu skalaları da anlamada zorlandıkları görülünce basit tanımlayıcı sözel skala kullanılmıştır.

3.4. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 989 hasta ve 54 hemşire oluşturmuştur. Hasta sayısı çalışmaya başlamadan önceki bir yıl içerisinde ameliyat olmak için başvuran ve araştırma kapsamına alınabilecek özellikleri taşıyan hastaların kayıtları incelenerek belirlenmiştir. Örneklem seçiminde evrenin yaklaşık %30'u alınarak 300 hastayla çalışılmıştır. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. 1 hemşire ücretsiz izinli, diğeri de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 52 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Anket Formunun Hazırlanması

Konuyla ilgili literatür incelemesi sonucu hastalar için 33, hemşireler için 27 sorudan oluşan anket formu hazırlanarak veriler toplanmıştır.^{4,27,38}

Hastalar için hazırlanan anket formunda, hastanın kişisel özellikleri, ağrıyı tanımlamasına yönelik sorular, ağrının şiddetini belirlemek için ağrı skalaları ve ağrıyla baş etmede uygulanan girişimlerden memnuniyet derecesini ifade eden memnuniyet ölçeği kullanılmıştır.

Hemşireler için hazırlanan anket formunda da hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, ağrılı hastaya yaklaşımları ve bu yaklaşımlarını etkileyeceği düşünülen sorulara yer verilmiştir. Anket formunun 10 hasta ve 10 hemşire üzerinde ön uygulaması yapılmış, öneriler doğrultusunda formun son şekli belirlenmiştir.

3.5.2. Anket Formlarının Uygulanması

Uygulamaya Ekim 1997 tarihinde başlanmış ve Nisan 1997 tarihinde son verilmiştir. Veriler bizzat araştırmacı tarafından hasta ve hemşirelere anket formu uygulanarak toplanmıştır.

Görsel analog skalasının (visual analog skala) hastalar tarafından iyi anlaşılması ve literatür bilgisinde⁴ sayısal ve görsel analog skalalarla, sözel tarif skalaları arasında yüksek korelasyon saptanmış olması nedeniyle 0-5'li sözel skalanın uygulamaya alınması kararlaştırılmıştır. Ayrıca 0-5'li sözel skalayla aynı sonucu vermesi beklenen "Prince Henry" ağrı skalası da hastaların 0-5'li sözel skalada belirttikleri ağrı ifadelerinin güvenilirliğini test etmek amacıyla uygulanmıştır.

Literatürde⁴ intratorasik ve üst abdominal ameliyatlarda orta ve şiddetli ağrı süresi 2-7 (ortalama 4.5) gün, alt abdominal bölge ameliyatlarında bu süre 1-4 (ortalama 2.5) gün olarak belirtildiğinden, Üroloji, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji hastalarına ameliyatlarının 3. günü, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ve Beyin Cerrahisi hastalarına da 4. günü anket uygulanmıştır. Ağrılı girişimlerden hemen sonra veri toplamamaya veri toplamaya özen gösterilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından elde kodlanarak veri kodlama kağıtlarına geçirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi Atatürk Üniversitesi Bilgi İşlem Merkezinde yapılmıştır.

Verilerin analizinde, yüzdellik, ki-kare (chi-square) önemlilik testi, korelasyon ve varyans analiz testi kullanılmıştır.³⁹

4. BULGULAR

Postoperatif dönemde ağrı tanımlayan hastaların bireysel özellikleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunu %26.33 ile 56-65 yaş grubunun oluşturduğu, bunu %22.00 ile 26-35 yaş grubunun izlediği, en küçük oranı ise %13.00 ile 16-25 yaş grubunun meydana getirdiği belirlenmiştir. Hastaların %64.33'ünü erkekler, %35.67'sini kadınlar oluşturmuş eğitim durumlarına bakıldığında %37.00 ile ilköğretim mezunlarının en büyük grubu, yüksek öğretim mezunlarının %8.33 ile en küçük grubu oluşturdukları saptanmıştır. Mesleki dağılım incelendiğinde, %32.67'sini ev hanımlarının, % 26.00'sini serbest meslek sahiplerinin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %83.33'ü evli, % 15.33'ü bekar,% 1.33'ü de dul olduklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %23.00'u köyde, %58.00'i şehirde, %18.00'i ilçede, %1.00'i de kasabada yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %63.00'ünün daha önce ameliyat deneyiminin olduğu, %37.00'sinin daha önce hiç ameliyat deneyimi olmadığı, %63.32'sinin batın dışı, %31.68'inin de batın içi operasyon geçirdiği belirlenmiştir.

Hastaların %93.67'si görüşme anında ağrılarının olduğunu ifade ederken %6.33'ü ağrı hissetmediklerini belirtmişlerdir.

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrıyı tanımlama durumlarının dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Kadın hastaların %99.07'si, erkeklerin %90.67'si ağrı tanımlamışlar ve ağrıyı tanımlama ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($P<0.05$). Diğer bireysel özelliklerle (yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, yaşanan yer, ameliyat deneyimi) hastaların ağrıyı tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.1. Hastaların Bircysel Özelliklerinin Dağılımı

N=300

Bircysel Özellikler	s	%
Yaş		
16-25	39	13.00
26-35	66	22.00
36-45	53	17.67
46-55	63	21.00
56-65	79	26.33
Cinsiyet		
Kadın	107	35.67
Erkek	193	64.33
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	52	17.33
Okur yazar	98	12.67
İlköğretim	111	37.00
Ortaöğretim	74	24.67
Yüksek öğretim	25	8.33
Meslek		
İşsiz	10	3.33
Ev hanımı	98	32.67
Memur	53	17.67
İşçi	30	10.00
Serbest Meslek	78	26.00
Öğrenci	10	3.33
Emekli	21	7.00
Medeni Durum		
Evli	250	83.33
Bekar	46	15.33
Dul	4	1.33
Yaşanılan Yer		
İl	174	58.00
İlçe	54	18.00
Kasaba	3	1.00
Köy	69	23.00
Ameliyat Deneyimi		
Var	189	63.00
Yok	111	37.00
Geçirilen ameliyat		
Batın içi	95	31.68
Batın dışı	205	38.32

Tablo 4.2. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrısı Tanımlama Durumlarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	Ağrısı Tanımlama Durumu					
	Ağrı	Var	Ağrı	Yok	TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Yaş						
16-25	36	92.31	3	7.69	39	100.00
26-35	63	95.45	3	4.55	66	100.00
36-45	52	98.11	1	1.89	53	100.00
46-55	59	93.65	4	6.35	63	100.00
56-65	71	89.87	8	11.13	79	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 4.160, SD = 4 \text{ } P>0.05$
Cinsiyet						
Kadın	106	99.07	1	0.93	107	100.00
Erkek	175	90.67	18	9.33	193	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 8.172, SD = 1 \text{ } P<0.05$
Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	50	96.15	2	3.85	52	100.00
Okuryazar	37	97.37	1	2.63	38	100.00
İlköğretim	101	90.99	10	9.01	111	100.00
Ortaöğretim	69	93.24	5	6.76	74	100.00
Yükseköğretim	24	96.00	1	4.00	25	100.00
Toplam	281	93.67	12	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 3.011, SD = 4 \text{ } P>0.05$
Meslek						
İşsiz	8	80.00	2	20.00	10	100.00
Ev hanımı	97	98.98	1	1.02	98	100.00
Memur	49	92.46	4	7.54	53	100.00
İşçi	26	86.67	4	13.33	30	100.00
Serbest Meslek	72	92.30	6	7.70	78	100.00
Öğrenci	10	100.00	0	-	10	100.00
Emekli	19	90.48	2	9.52	21	100.00
Toplam	281	93.66	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 11.701, SD = 6 \text{ } P>0.05$
Medeni Durum						
Evli	234	93.60	16	6.40	250	100.00
Bekar	43	93.48	3	6.52	46	100.00
Dul	4	100.00	0	-	4	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 0.275, SD = 2 \text{ } P>0.05$
Yaşadığı Yer						
İl	161	92.53	13	7.47	174	100.00
İlçe	50	92.59	4	7.41	54	100.00
Kasaba	3	100.00	0	-	3	100.00
Köy	67	97.10	2	2.90	69	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 2.060, SD = 3 \text{ } P>0.05$
Ameliyat Deneyimi						
Var	176	93.12	13	6.88	189	100.00
Yok	105	94.59	6	5.41	111	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00
						$\chi^2 = 0.256, SD = 1 \text{ } P>0.05$

Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Endişe Durumlarına Göre Ağrıyı Tanımlamalarının Dağılımı

Endişe Durumu	Ağrıyı Tanımlama Durumu					
	Ağrı Var		Ağrı Yok		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Endişesi olanlar	144	100.00	0	-	144	100.00
Endişesi olmayanlar	137	87.82	19	12.18	156	100.00
Toplam	281	93.67	19	6.33	300	100.00

$$\chi^2 = 18.724, SD = 1 \text{ } P < 0.001$$

Endişesi olduğunu ifade eden hastaların tamamı endişesi olmadığını söyleyen hastaların ise %87.82'si ağrıları olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların ameliyat sonrası endişe durumları ile ağrıyı tanımlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok önemli bulunmuştur ($P < 0.001$).

Tablo 4.4. Hastaların Tanımladıkları Ağrının, Ameliyat Sonrası Hissedildiği Gün, Ağrı Bölgesi ve Ağrı Periyoduna Göre Dağılımı

n= 281*		
Değişkenler	Sayı	%
Ameliyat Günü		
1. Gün	228	81.14
2. Gün	31	11.03
3. Gün	22	7.83
Ağrı Bölgesi		
Tek Bölge (n= 184)		
Ameliyat Bölgesi	172	93.47
Baş	3	1.63
Sırt	5	2.73
Bacak	4	2.17
Birden Fazla Bölge(n=97)		
Ameliyat yeri/karın/bel	20	20.61
Ameliyat yeri/sırt/göğüs	28	28.90
Ameliyat yeri/ekstremiteler	21	21.64
Ameliyat yeri/baş	18	18.55
Ameliyat yeri/baş/sırt	10	10.30
Ağrı Periyodu		
Sürekli	108	38.43
Aralıklı	173	61.57

* 19 hasta ağrı şikayetinin olmadığını ifade etmiştir.

Hastaların %81.14'ü 1. günden itibaren ağrılarının olduğunu ifade etmişlerdir. Ağrı tanımlayan hastaların %65.48'i tek bölgede, %34.52'si birden fazla bölgede ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir. Tek bölgede ağrı hissedenlerin %93.47'si ameliyat bölgesinde, birden fazla bölgede ağrı hissedenlerin %28.90'ı ise ameliyat yeri, sırt ve göğüste ağrı tanımlamışlardır. Ağrı şikayeti olan hastaların %61.57'si ağrılarının aralıklı, %38.43'ü ise sürekli olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların bireysel özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, yaşanan yer ve ameliyat deneyimi), ameliyat günü, ağrı bölgesi ve ağrı periyodunu tanımlamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Ameliyat Günlerine Göre Şiddetli Ağrıyı Tanımlama Durumlarının Dağılımı

n= 281*

Ameliyat Günü	Şiddetli Ağrı				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	S	%	S	%	S	%
3. Gün	52	25.49	152	74.51	204	100.00
4. Gün	7	9.09	70	90.91	77	100.00
Toplam	59	21.00	222	79.00	281	100.00

* 19 hasta ağrı şikayeti olmadığını ifade etmiştir

$\chi^2 = 9.063$, SD = 1 $P<0.05$

Hastaların %21.00'i görüşme anında şiddetli ağrılarının olduğunu ifade ederlerken %79.00'u o andaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olmadığını söylemişlerdir. Hastaların ameliyat günlerine göre şiddetli ağrıyı tanımlama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Ağrı Türünü Sözel Olarak Tanımlamalarının Dağılımı

n= 281*

Ağrı Türü	Sayı	%
Yanma-sızı	141	50.18
Batma	40	14.23
Sancı	30	10.68
Uyuşma	24	8.54
Gerilme	15	5.34
Zonklama	12	4.27
Sıkışma	11	3.91
Kramp	8	2.85
Toplam	281	100.00

*19 hasta ağır şikayetin olmadığını ifade etmiştir.

Hastaların ağrısı sözel olarak ifade etmeleri istendiğinde %50.18'i yanma- sızı şeklinde ifade ederlerken, %14.23'ü batma tarzında ifade etmişlerdir. Hastaların %2.85'i ise ağrılarının türünü kramp tarzında belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %31.67'sini Genel Cerrahi, %24.33'ünü Ortopedi ve Travmatoloji, %17.67'sini Üroloji, %17.00'sini Beyin Cerrahi ve %9.33'ünü Göğüs Kalp Damar Cerrahisi (GKDC) Kliniğinde yatan hastalar oluşturmuştur.

Ağrı tanımının kliniklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.7.) Genel Cerrahi kliniğinde hastaların %92.63'ü Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde %94.52'si, Beyin Cerrahi kliniğinde %96.08'i, Üroloji kliniğinde, %88.68'i ve Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde %100.00'ü ağrıları olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı tanımının kliniklere göre dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ağrını tek bölgede hissedilme durumunun kliniklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.7.) Genel Cerrahi kliniğindeki hastaların %64.77'si, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğindeki hastaların %73.91'i, Beyin Cerrahisi kliniğindeki hastaların %44.90'ı, Üroloji kliniğindeki hastaların %80.85'i, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastaların ise %71.43'ü, tek bölgede ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ağrını tek bölgede hissedilme durumunun kliniklere göre dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Ağrının ameliyat sonrası kaçınıcı günde hissedildiğinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.7.) tüm kliniklerde birinci gün hissedilme oranı yüksek gözlenirken, GKDC kliniğinde bu oran %96.43 ile en yüksek saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Ağrının en şiddetli ağrı olup olmadığının kliniklere göre dağılımında (Tablo 4.7.) Genel Cerrahi kliniğindeki hastaların %27.27'si, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğindeki hastaların %17.39'u, Beyin Cerrahisi kliniğindeki hastaların %12.24'ü, Üroloji kliniğindeki hastaların %34.04'ü ve Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastaların %3.57'si ağrılarının en şiddetli ağrıları olduğunu ifade etmişlerdir. Ağrının en şiddetli ağrı olup olmadığının kliniklere göre dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrının Başlangıcından Bu Yana Şiddetinde Değişiklik Olup Olmama Durumunun Dağılımı

n= 281*

Bireysel Özellikler	Ağrının Şiddetinde Değişiklik				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	S	%	S	%	S	%
Yaş						
16-25	29	80.56	7	19.44	36	100.00
26-35	54	85.71	9	14.29	63	100.00
36-45	41	78.85	11	21.15	52	100.00
46-55	44	74.58	15	25.42	59	100.00
56-65	59	83.10	12	16.90	71	100.00
Toplam	227	80.98	54	19.22	281	100.00
					$\chi^2 = 2.823$, SD = 4 P>0.05	
Cinsiyet						
Kadın	81	76.42	25	23.58	106	100.00
Erkek	146	83.43	29	16.57	175	100.00
Toplam	227	80.78	54	19.22	281	100.00
					$\chi^2 = 2.092$, SD = 1 P>0.05	
Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	36	72.00	14	28.00	50	100.00
Okuryazar	30	81.08	7	18.92	37	100.00
İlköğretim	83	82.18	18	17.82	101	100.00
Ortaöğretim	55	79.71	14	20.29	69	100.00
Yükseköğretim	23	95.83	1	4.17	24	100.00
Toplam	227	80.78	54	19.22	281	100.00
					$\chi^2 = 6.166$, SD = 4 P>0.05	
Meslek						
İşsiz	6	75.00	2	25.00	8	100.00
Ev hanımı	75	77.32	22	22.68	97	100.00
Memur	46	93.88	3	6.12	49	100.00
İşçi	19	73.08	7	26.92	26	100.00
Serbest Meslek	60	83.33	12	16.67	72	100.00
Öğrenci	9	90.00	1	10.00	10	100.00
Emekli	12	63.16	7	36.84	19	100.00
Toplam	227	80.78	54	19.22	281	100.00
					$\chi^2 = 11.979$, SD = 6 P>0.05	
Medeni Durum						
Evli	189	80.77	45	19.23	234	100.00
Bekar	35	81.40	8	18.60	43	100.00
Dul	3	75.00	1	25.00	4	100.00
Toplam	227	80.79	54	19.21	281	100.00
					$\chi^2 = 0.097$, SD = 2 P>0.05	
Yaşanılan Yer						
İl	131	81.36	30	18.63	161	100.00
İlçe	44	88.00	6	12.00	50	100.00
Kasaba	1	33.33	2	66.67	3	100.00
Köy	51	71.16	16	23.88	67	100.00
Toplam	227	80.79	54	19.21	281	100.00
					$\chi^2 = 7.002$, SD = 3 P>0.05	
Ameliyat Deneyimi						
Var	149	84.66	27	15.34	176	100.00
Yok	78	74.29	27	25.71	105	100.00
Toplam	227	80.78	54	19.22	281	100.00
					$\chi^2 = 4.559$, SD = 1 P<0.05	

* 19 hasta ağrı şikayetinin olmadığını ifade etmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrının başlangıcından bu yana şiddetinde değişiklik olup olmama durumunun dağılımı Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrının başlangıcından bu yana şiddetinde değişiklik olup olmama durumunun dağılımı incelendiğinde ameliyat deneyimi olan hastaların %84.66'sı ağrı şiddetinde değişiklik olduğunu ve bu değişikliğin azalma yönünde olduğunu belirtmişlerdir (%86.58). Ameliyat deneyimi ile ağrının şiddetinde değişiklik olup olmama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Diğer bireysel özellikler ile (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum ve yaşanılan yer) ağrının şiddetinde değişiklik olup olmama durumu arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($P>0.05$).

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama durumunun dağılımı Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Hastaların %54.00'ü ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olduğunu ifade ederlerken %46.00'sı ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik ifade etmemişlerdir. Cinsiyete göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama durumu incelendiğinde kadın hastaların %61.68'i, erkek hastaların ise %49.74'ü ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik ifade ederlerken, kadın hastaların %38.32'si erkek hastaların ise %50.26'sı ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir. Yine öğrenim durumuna göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama durumuna bakıldığında okuryazar olmayan hastaların %71.15'i, yükseköğretim görmüş hastaların %64.00'ü gündüz ve gece ağrı şiddetinde değişiklik olduğunu belirtirlerken okur yazar olmayan hastaların %28.25'i, yüksek öğrenim görmüş hastaların %36.00'sı gündüz ve gece ağrı şiddetinde değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Mesleğe göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama durumunun dağılımı incelendiğinde öğrenci grubunun %90.00'ı, ev hanımı grubunun %64.28'i ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik ifade ederlerken, öğrenci grubunun %10.00'u, ev hanımı grubunun %35.72'si ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik ifade etmemişlerdir. Cinsiyet, öğrenim durumu ve mesleğe göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların diğer bireysel özellikler ile (yaş, medeni durum, yaşanılan yer, ameliyat deneyimi), ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu arasında ise istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Olup Olmama Durumunun Dağılımı

Bireysel Özellikler	Gündüz ve Gece Ağrı Şiddetinde Değişiklik				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	S	%	S	%	S	%
Yaş						
16-25	22	56.41	17	43.59	39	100.00
26-35	38	57.58	28	42.42	66	100.00
36-45	33	62.26	20	37.74	53	100.00
46-55	31	49.21	32	50.79	63	100.00
56-65	38	48.10	41	51.90	79	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 3.78, SD = 4 \ P > 0.05$	
Cinsiyet						
Kadın	66	61.68	41	38.32	107	100.00
Erkek	96	49.74	97	50.26	193	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 3.952, SD = 1 \ P < 0.05$	
Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	37	71.15	15	28.25	52	100.00
Okuryazar	20	52.63	18	47.37	38	100.00
İlköğretim	49	44.14	62	55.86	111	100.00
Ortaöğretim	40	54.05	34	45.95	74	100.00
Yükseköğretim	16	64.00	9	36.00	25	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 1.536, SD = 4 \ P < 0.05$	
Meslek						
İşsiz	2	20.00	8	80.00	10	100.00
Ev hanımı	61	64.28	37	35.72	98	100.00
Memur	27	50.94	26	49.06	53	100.00
İşçi	16	53.33	14	46.67	30	100.00
Serbest Meslek	38	48.72	40	51.28	78	100.00
Öğrenci	9	90.00	1	10.00	10	100.00
Emekli	9	42.86	12	57.14	21	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 14.684, SD = 6 \ P < 0.05$	
Medeni Durum						
Evli	32	52.80	118	47.20	250	100.00
Bekar	27	58.70	19	41.30	46	100.00
Dul	3	75.00	1	25.00	4	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 1.263, SD = 2 \ P > 0.05$	
Yaşanılan Yer						
İl	91	52.30	83	47.70	174	100.00
İlçe	32	59.26	22	40.74	54	100.00
Kasaba	0	-	3	100.00	3	100.00
Köy	39	56.52	30	43.48	69	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 4.502, SD = 3 \ P > 0.05$	
Ameliyat Deneyimi						
Var	100	52.91	89	47.09	189	100.00
Yok	62	55.86	49	44.14	111	100.00
Toplam	162	54.00	138	46.00	300	100.00
					$\chi^2 = 0.244, SD = 1 \ P > 0.05$	

Tablo 4.10. Hastaların Ağrısı Tanımladıkları Bölgelere Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Durumunun Dağılımı

n=162*

Ağrı Bölgesi	Gündüz ve Gece Ağrı Şiddetinde Değişiklik					
	Gündüz Şiddetli		Gece Şiddetli		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Tek Bölge	15	14.29	90	85.71	105	100.00
Birden Fazla Bölge	17	29.83	40	70.17	57	100.00
Toplam	32	19.88	130	80.12	162	100.00

* 138 hasta gündüz ve gece ağrı şiddetinde değişiklik ifade etmemiştir. $\chi^2 = 5.923$, SD = 1, $P < 0.05$

Tek bölgede ağrı tanımlayan hastaların %85.71'i, birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların %69.64'ü gece ağrıların arttığını belirtmişlerdir. Hastaların ağrı tanımladıkları bölgelere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.11. Kliniklere Göre Ağrı Şiddetinde Gündüz ve Gece Değişiklik Durumunun Dağılımı

n=162*

Klinikler	Gündüz Gece Değişikliği					
	Gündüz Şiddetli		Gece Şiddetli		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Genel Cerrahi	7	14.29	42	86.71	49	100.00
Ortopedi	14	29.79	33	70.21	47	100.00
Beyin Cerrahisi	9	39.13	14	60.87	23	100.00
Üroloji	1	3.23	30	96.77	31	100.00
GKDC	1	8.33	11	91.67	12	100.00
Toplam	32	19.75	130	80.25	162	100.00

* 138 hasta gündüz ve gece ağrı şiddetinde değişiklik ifade etmemiştir. $\chi^2 = 15.687$, SD = 4, $P < 0.05$

Kliniklere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik şiddeti incelendiğinde Genel Cerrahi kliniğinde yatan hastaların %85.71'i, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde yatan hastaların %70.21'i, Beyin Cerrahisinde yatan hastaların %60.87'si Üroloji hastalarının %96.77'si ve Göğüs Kalp Damar Cerrahisi hastalarının %91.67'si ağrıların gece daha şiddetli olduğunu ifade etmişlerdir. Kliniklere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumunun dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.12. Hastaların 0-5 Ağrı Skalası ve Prince Henry Ağrı Skalasına Göre Ağrı Şiddetlerinin Dağılımı

Skalalar	S	%
0-5 Ağrı Skalası		
Ağrı yok (0)	19	6.33
Hafif (1)	131	43.67
Orta (2)	113	37.67
Şiddetli (3)	34	11.33
Çok şiddetli (4)	3	1.00
Dayanılmaz (5)	0	-
Prince Henry Ağrı Skalası		
Öksürürken ağrı yok (0)	53	17.67
Öksürürken ağrı var derin solunumda yok (1)	164	54.67
Derin solunumda ağrı var istirahatte yok (2)	46	15.33
İstirahatte ağrı az (3)	32	10.67
İstirahatte ağrı ciddi (4)	5	1.66
Toplam	300	100.00

Hastalarda 0-5 ağrı skalasında ağrı şiddetinin dağılımı incelendiğinde, hastaların %6.33'ü ağrı ifade etmezken %43.67'si hafif, %37.67'si orta, %11.33'ü şiddetli %1.00'i de çok şiddetli ağrı ifade etmişlerdir. Dayanılmaz ağrı tanımlayan hasta olmamıştır.

Prince Henry ağrı skalasında ise hastaların %17.67'si öksürürken ağrıların olmadığını ifade ederlerken, %54.67'si öksürürken ağrı var derin solunumda yok, %15.33'ü derin solunumda ağrı var istirahatte yok, %10.67'si istirahatte ağrı az, %1.67'si de istirahatte ağrı ciddi ifadesini kullanmışlardır.

Ayrıca 0-5 ağrı skalası ve Prince Henry ağrı skalası arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmış ($r=0.144$) korrelasyon katsayısı önemli bulunmuştur ($t=2.44$, $p<0.001$).

Tablo 4.13. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	N	X	Varyans Kaynağı	ST DEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	Anlamlılık Derecesi
Yaş								
16-25	36	1.750	Gruplar Arası	0.770	4	1.545	0.386	F= 0.73
26-35	63	1.603	Gruplar içi	0.636	274	144.649	0.528	P>0.05
36-45	52	1.615	Genel	0.771	278	146.244		
46-55	59	1.672		0.735				
56-65	71	1.786		0.740				
Cinsiyet								
Kadın	106	1.755		0.754	1			F= 1.60
Erkek	175	1.642		0.706	277			P>0.05
Öğrenim Durumu								
Okuryazar değil	50	1.980	Gruplar Arası	0.829	4	5.327	1.332	F= 2.59
Okuryazar	37	1.595	Gruplar içi	0.725	274	140.917	0.514	P<0.05
İlköğretim	101	1.650	Genel	0.687	278	146.244		
Ortaöğretim	69	1.609		0.669				
Yükseköğretim	24	1.583		0.717				
Meslek								
İşsiz	8	1.750	Gruplar Arası	0.463	6	3.872	0.645	F= 123
Ev hanımı	97	1.794	Gruplar içi	0.776	272	142.372	0.523	P>0.05
Memur	49	1.490	Genel	0.582	278	146.244		
İşçi	26	1.692		0.736				
Serbest meslek	72	1.614		0.708				
Öğrenci	10	1.700		0.949				
Emekli	19	1.842		0.765				
Medeni Durum								
Evli	234	1.681	Gruplar Arası	0.710	2	0.405	0.203	F= 0.38
Bekar	43	1.674	Gruplar içi	0.747	276	145.838	0.528	P>0.05
Dul	4	2.000	Genel	1.414	278	146.244		
Yaşadığı Yer								
İl	165	1.637	Gruplar Arası	0.748	3	3.435	1.145	F= 2.21
İlçe	50	1.600	Gruplar içi	0.535	275	142.808	0.519	P>0.05
Kasaba	3	2.333	Genel	0.577	278	146.244		
Köy	67	1.833		0.776				
Ameliyat Deneyimi								
Var	176	1.651		0.677	1			F= 0.98
Yok	105	1.740		0.800	277			P>0.05

Hastaların bireysel özelliklerine göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puanlarının ortalama dağılımları incelendiğinde yaş ile ağrı puan ortalamaları arasındaki fark 16-25 yaş grubunda 1.750 ± 0.770 , 56-65 yaş grubunda 1.786 ± 0.740 olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet ve ağrı puan ortalamaları arasındaki fark ise kadınlarda 1.755 ± 0.754 , erkeklerde 1.642 ± 0.706 olarak tespit edilmiştir. Yine meslekle ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında memur grubunda 1.490 ± 0.582 , emekli grubunda 1.842 ± 0.765 olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan evli olanların ağrı puan ortalamaları 1.681 ± 0.710 , bekarların 1.674 ± 0.747 şeklinde belirlenmiştir.

Yaşanılan yer ile ağrı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde de ilçede yaşayanlarda 1.600 ± 0.535 , köyde yaşayanlarda 1.833 ± 0.776 olarak tespit edilmiştir. Ameliyat deneyimi olan hastaların ağrı puan ortalamaları 1.651 ± 0.677 , olmayanların da 1.740 ± 0.800 'dür.

Yukarıda sözü edilen bireysel özellikler ile ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p>0.05$), okuryazar olmayanlarda 1.980 ± 0.829 , yükseköğretim mezunlarında 1.583 ± 0.710 şeklinde tespit edilen ağrı puan ortalamaları nedeniyle öğrenim durumuyla, ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kliniklere göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamaların dağılımı Tablo 4.14.'te verilmiştir Üroloji kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastaların 1.783 ± 0.786 ile ağrı puan ortalamaları en yüksek, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastaların ise 1.571 ± 0.690 ile ağrı puan ortalamaları en düşük olarak tespit edilmiş, aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.14. Kliniklere Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Klinikler	N	X	Varyans Kaynağı	ST DEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	Anlamlılık Derecesi
Genel Cerrahi	88	1.724		0.742				
Ortopedi	69	1.638	Gruplar Arası	0.785	4	1.137	0.284	F= 0.54
Beyin Cerrahisi	49	1.653	Gruplar içi	0.561	274	145.107	0.530	P>0.05
Üroloji	47	1.783	Genel	0.786	278	146.244		
GKDC	28	1.571		0.690				

Tablo 4.15. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Prince Henry Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	N	X	Varyans Kaynağı	ST DEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	Anlamlılık Derecesi
Yaş								
16-25	33	1.697	Gruplar Arası	0.883	4	1.611	0.403	F= 0.63 P>0.05
26-35	51	1.475	Gruplar içi	0.809	242	154.130	0.637	
36-45	47	1.426	Genel	0.683	246	155.741		
46-55	52	1.519		0.874				
56-65	64	1.489		0.756				
Cinsiyet								
Kadın	99	1.384		0.666	1			F= 3.95 P<0.05
Erkek	148	1.588		0.864	245			
					246			
Öğrenim Durumu								
Okuryazar değil	50	1.460	Gruplar Arası	0.762	4	2.610	0.653	F= 103 P>0.05
Okuryazar	30	1.433	Gruplar içi	0.626	242	153.131	0.633	
İlköğretim	92	1.533	Genel	0.857	246	155.741		
Ortaöğretim	54	1.426		0.767				
Yükseköğretim	21	1.810		0.873				
Meslek								
İşsiz	6	2.167	Gruplar Arası	1.472	6	7.085	1.181	F= 191 P>0.05
Ev hanımı	91	1.363	Gruplar içi	0.624	240	148.656	0.619	
Memur	41	1.512	Genel	0.779	246	155.741		
İşçi	22	1.636		0.953				
Serbest meslek	62	1.484		0.825				
Öğrenci	8	1.750		0.886				
Emekli	17	1.824		0.883				
Medeni Durum								
Evlü	205	1.444	Gruplar Arası	0.730	2	5.546	2.773	F= 4.51 P<0.05
Bekar	39	1.769	Gruplar içi	0.986	244	150.195	0.616	
Dul	3	2.333	Genel	1.528	246	155.741		
Yaşadılan Yer								
İl	137	1.547	Gruplar Arası	0.795	3	1.019	0.340	F= 0.53 P>0.05
İlçe	44	1.432	Gruplar içi	0.695	243	154.721	0.637	
Kasaba	2	1.000	Genel	0.000	246	155.741		
Köy	64	1.484		0.873				
Ameliyat Deneyimi								
Var	158	1.519		0.788	1			F= 0.12 P>0.05
Yok	89	1.483		0.813	245			
					246			

Hastaların bireysel özelliklerine göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı şiddetinin değerlendirilmesi Tablo 4.15.'te verilmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerine göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puanlarının ortalama dağılımları incelenip yaş ile ağrı puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında en düşük ağrı puan ortalaması 1.426 ± 0.683 ile 36-45 yaş grubunda, en yüksek ağrı puan ortalaması 1.697 ± 0.883 ile 16-25 yaş grubunda tespit edilmiştir. Öğrenim durumu ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde ise ortaöğretim mezunlarında 1.426 ± 0.767 ile en düşük, yükseköğretim mezunlarında 1.810 ± 0.873 ile en yüksek ağrı puan ortalaması belirlenmiştir. Meslek ile ağrı puan ortalaması arasındaki farka bakıldığında işsiz olanlarda 2.167 ± 1.472 ile en yüksek, ev hanımlarında 1.363 ± 0.624 ile en düşük ağrı puan ortalaması saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları yere göre ağrı puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde ilçede yaşayanlarda 1.432 ± 0.695 , ilde yaşayanlarda 1.547 ± 0.795 olarak tespit edilmiştir. ameliyat deneyimi olan hastaların ağrı puan ortalamaları 1.519 ± 0.788 olarak belirlenirken, olmayanların 1.483 ± 0.813 olarak belirlenmiştir.

Yukarıda sözü edilen bireysel özellikler ile ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p>0.05$), kadınlarda 1.384 ± 0.666 , erkeklerde 1.588 ± 0.864 şeklinde tespit edilen ağrı puan ortalamaları ile bekarlarda 1.769 ± 0.986 , evlilerde 1.444 ± 0.730 olarak belirlenen ağrı puan ortalamaları nedeniyle cinsiyet ve medeni duruma göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.16. Kliniklere Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Klinikler	N	X	Varyans Kaynağı	ST DEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	Anlamlılık Derecesi
Genel Cerrahi	82	1.354		0.616				
Ortopedi	57	2.000	Gruplar Arası	0.964	4	19.118	4.780	F= 8.47
Beyin Cerrahisi	44	1.432	Gruplar içi	0.846	242	136.622	0.565	P<0.05
Üroloji	39	1.231	Genel	0.667	246	155.741		
GKDC	25	1.440		0.507				

Tablo 4.16.'da kliniklere göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı verilmiş olup, Ortopedi kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastalarda 2.000 ± 0.964 , Üroloji kliniğinde ise 1.231 ± 0.667 ağrı puan ortalaması belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.17. Ameliyat Sonrası Ağrının Tek Bölgede Olup Olmama Durumuna Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ağrı Bölgesi	N	X	ST DEV	SD	Anlamlılık Derecesi
Tek Bölge	188	1.624	0.749	1	F= 3.98
Birden Fazla Bölge	93	1.806	0.644	277 278	P<0.05

0-5 ağrı skalasında tek bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamaları 1.624 ± 0.749 , birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamaları 1.806 ± 0.664 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.18. Ameliyat Sonrası Ağrının Tek Bölgede Olup Olmama Durumuna Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ağrı Bölgesi	N	X	ST DEV	SD	Anlamlılık Derecesi
Tek Bölge	157	1.497	0.829	1	F= 0.02
Birden Fazla Bölge	88	1.511	0.727	246 247	P>0.05

Prince Henry ağrı skalasında tek bölgede ağrı hissedenlerin ortalamaları 1.497 ± 0.829 , birden fazla bölgede ağrı hissedenlerin ortalamaları ise 1.511 ± 0.727 şeklindedir ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.19. Ameliyat Sonrası Endişe Durumuna Göre 0-5 Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Endişe Durumu	N	X	ST DEV	SD	Anlamlılık Derecesi
Var	144	1.764	0.748	1	F= 3.59
Yok	135	1.600	0.693	277 278	P>0.05

Ameliyat sonrası endişe durumuna göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.19’da verilmiştir.

Ameliyat sonrası endişe durumuna göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, endişe duyan hastalarda ağrı puan ortalaması 1.764 ± 0.748 , duymayanlarda ise 1.600 ± 0.693 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel yönden önemli bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.20. Ameliyat Sonrası Endişe Durumuna Göre Prince Henry Ağrı Skalasında Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Endişe Durumu	N	X	ST DEV	SD	Anlamlılık Derecesi
Var	127	1.528	0.785	1	F= 3.59
Yok	120	1.483	0.809	245 246	P>0.05

Ameliyat sonrası endişe durumuna göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.20’de verilmiştir.

Ameliyat sonrası endişe durumuna göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde endişesi olanlarda 1.528 ± 0.785 , olmayanlarda 1.483 ± 0.809 olarak saptanmış bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların bireysel özelliklerine göre bazı işlemlerin ağrıyı artırıp artırmadığının dağılımı Tablo 4.21.’de verilmiştir.

Kadın hastaların %77.57’si, erkeklerin %43.52’si, okuryazar olmayan hastaların %82.69’u, okuryazar olanların %52.63’ü, yükseköğretim mezunu olan hastaların ise %52.00’si, ev hanımlarının %77.55’i öğrencilerin %70.00’i, işsizlerin %60.00’i ağrıyı artıran işlemler olduğunu ifade etmişlerdir. Bireysel özelliklerden cinsiyet, öğrenim durumu ve meslekle ağrıyı artıran işlem olup olmaması arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Yaş, medeni durum, yaşanan yer ve ameliyat deneyimi ile ağrıyı artıran işlem olup olmama durumu karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bazı İşlemlerin Ağrıyla Artırıp Artırmadığının Dağılımı

Bireysel Özellikler	Bazı İşlemlerin Ağrıyla Artırıp Artırmama Durumu					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Yaş						
16-25	27	69.23	12	30.77	39	100.00
26-35	38	57.58	28	42.42	66	100.00
36-45	29	54.72	24	45.28	53	100.00
46-55	34	53.97	29	46.03	63	100.00
56-65	39	49.37	40	50.63	79	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 4.368, SD = 4 \text{ } P>0.05$	
Cinsiyet						
Kadın	83	77.57	24	22.43	107	100.00
Erkek	84	43.52	109	56.48	193	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 32.333, SD = 1 \text{ } P<0.001$	
Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	43	82.69	9	17.31	52	100.00
Okuryazar	20	52.63	18	47.37	38	100.00
İlköğretim	56	50.45	55	49.55	111	100.00
Ortaöğretim	35	47.30	39	52.70	74	100.00
Yükseköğretim	13	52.00	12	48.00	25	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 18.992, SD = 4 \text{ } P<0.001$	
Meslek						
İşsiz	6	60.00	4	40.00	10	100.00
Ev hanımı	76	77.55	22	22.45	98	100.00
Memur	25	47.17	28	52.83	53	100.00
İşçi	14	46.67	16	53.33	30	100.00
Serbest Meslek	31	39.74	47	60.26	78	100.00
Öğrenci	7	70.00	3	30.00	10	100.00
Emekli	8	38.10	13	61.90	21	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 33.103, SD = 6 \text{ } P<0.001$	
Medeni Durum						
Evli	133	53.20	117	46.80	250	100.00
Bekar	31	67.40	15	32.60	46	100.00
Dul	3	75.00	1	25.00	4	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 3.784, SD = 2 \text{ } P>0.05$	
Yaşanılan Yer						
İl	93	53.45	81	46.55	174	100.00
İlçe	32	59.25	22	40.75	54	100.00
Kasaba	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Köy	40	57.98	29	42.02	69	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 0.925, SD = 3 \text{ } P>0.05$	
Ameliyat Deneyimi						
Var	99	52.38	90	47.62	189	100.00
Yok	68	61.26	43	38.74	111	100.00
Toplam	167	55.67	133	44.33	300	100.00
					$\chi^2 = 2.235, SD = 1 \text{ } P>0.05$	

Tablo 4.22. Hastalarda Ağrıya Neden Olan İşlemler, Ağrıyı Hafifleten Uygulamalar ve Ağrı Nedeniyle Yapılamayan Aktivitelerin Dağılımı

Değişkenler	S	%
Ağrıya Neden Olan İşlemler (n=167)		
Pansuman	97	58.09
İnvaziv girişim	28	16.76
Pansuman-hareket ettirilme	16	9.58
Hareket ettirilme	21	12.57
Pansuman-aspirasyon	5	3.00
Ağrıyı Hafifleten Uygulamalar (n=229)		
Ağrı kesici	159	69.45
Ağrı kesici-istirahat	29	12.66
Ağrı kesici-egzersiz	17	7.42
Pozisyon değişikliği	17	7.42
Dikkati başka yöne çekme	3	1.31
Soğuk uygulama	2	0.87
Aspirasyon	2	0.87
Ağrı Nedeniyle Yapılamayan Aktiviteler (n=241)*		
Solunum sistemi şikayeti	234	97.00
Sindirim sistemi şikayeti	9	3.73
Üriner sistemi şikayeti	7	2.90
Hareket yetersizliği	188	78.00
Uykusuzluk	47	19.50

*Cevaplar birden fazladır

Hastaların %55.67'si (167) kendilerine yapılan çeşitli işlemlerin ağrılarını artırdığını %78.16'sı (229) ağrılarının yapılan bazı uygulamalar sonucu hafiflediğini, %80.60'ı (241) ağrı nedeniyle yapamadıkları aktivitelerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların %58.09'u pansuman yapılmasının ağrılarını artırdığını, %69.45'i ağrı kesicilerin kullanımıyla ağrılarının hafiflediğini belirtmişlerdir. Hastaların %97.00'si ağrı nedeniyle rahat solunum yapmada zorlandıklarını ifade ederlerken, %78.00'i hareket yetersizliği, %19.50'si uykusuzluk, %3.73'ü sindirim sistemi şikayeti %2.90'ı da üriner sistem şikayeti ifade etmişlerdir.

Bireysel özellikler ile (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, ameliyat deneyimi) ağrıya neden olan işlemler, ağrıyı hafifleten uygulamalar ve ağrı nedeniyle yapılamayan aktiviteler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Hastaların ağrı kesici istemek için ağrının şiddetlenmesini bekleyip beklememe durumlarının dağılımı Tablo 4.23'te gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Hastaların Ağrı Kesici İstemek İçin Ağrının Şiddetlenmesini Bekleyip Beklememe Durumlarının Dağılımı

Ağrının Şiddetlenmesini Bekleyip Beklememe Durumu	S	%
Bekleyenler	179	59.66
Beklemeyenler	116	38.77
Cevap vermeyenler	5	1.67
Toplam	300	100.00

Hastaların %59.66'sı ağrı kesici istemek için ağrılarının şiddetlenmesini beklediklerini, %38.77'si ise beklemediklerini ifade etmişlerdir. Bireysel özelliklere göre (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, ameliyat deneyimi) ağrı kesici istemek için ağrının şiddetlenmesini bekleyip beklememe durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Hastaların Ağrıları Olduğunda Yapılan Uygulamalardan Memnuniyet Derecelerinin Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	S	%
Hiç memnun olmadım	18	6.00
Biraz memnun oldum	48	16.00
Memnun oldum	208	69.33
Çok memnun oldum	26	8.67
Toplam	300	100.00

Araştırma kapsamına alınan hastaların %69.33'ü ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnun olduklarını ifade ederlerken, %6.00'sı hiç memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

0-5 ve Prince Henry ağrı skalalarında ağrı şiddetinin ifadesine göre ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnuniyet duyma durumları arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.206$ $t = 3.32$ $P < 0.005$, $r = -0.171$ $t = 2.71$ $P < 0.005$).

Hastaların ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnuniyet derecelerinin dağılımları ile bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, ameliyat deneyimi) arasında, önemli bir fark saptanamamıştır ($P > 0.05$).

Postoperatif ağrısı olan hastaların ağrıyla başedebilmelerine yönelik hemşirelik girişimlerini uygulayan hemşirelerin bireysel özellikleri Tablo 4.25.'te verilmiştir.

Tablo 4.25. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler	S	%
<i>Mezun Olunan Okul</i>		
SML	29	55.77
SHMYO	18	34.62
HYO	5	9.62
<i>Çalışma Yılı</i>		
1-3	37	71.15
4-6	9	17.95
7-9	3	5.77
10 ve üzeri	3	5.77
<i>Çalışma Alanı</i>		
Genel Cerrahi	13	25.00
Beyin Cerrahisi	13	25.00
Göğüs Kalp Damar Cerrahisi	13	25.00
Üroloji	6	11.54
Ortopedi ve Travmatoloji	7	13.46
<i>Statü</i>		
Servis Hemşiresi	38	73.08
Servis Sorumlu Hemşiresi	8	15.38
Yoğun Bakım Hemşiresi	6	11.54
<i>Çalışılan Şift</i>		
8-16	16	30.77
16-08	36	69.23
<i>Okulda Ağrı Konusunda Bilgi Alma Şekli</i>		
Ayrı konu olarak işlendi	19	36.54
Diğer konularda vardı	30	57.69
Hiç bilgi yoktu	3	5.77
<i>Ameliyat Ağrısı Deneyimi</i>		
Var	6	11.64
Yok	46	88.46

Araştırma kapsamına alınan 52 hemşirenin %55.77'si Sağlık Meslek Lisesi (SML), %34.62'si Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO), %9.62'si ise Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) mezunu olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %71.15'i

1-3 yıl, %17.31'i 4-6 yıl, %5.77'si 7-9 yıl ve %5.77'si 10 yıldan daha fazla çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma alanları incelendiğinde hemşirelerin %25.00'inin Genel Cerrahi, %25.00'inin Beyin Cerrahi, %25.00'inin Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, %13.46'sının Ortopedi ve Travmatoloji, %11.54'ünün de Üroloji kliniğinde çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %73.08'inin servis hemşiresi, %15.38'inin servis sorumlu hemşiresi ve %11.54'ünün yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştıkları saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %69.23'ü 16-08, %30.77'si 08-16 shiftinde çalıştıklarını belirtirlerken okulda ağrı konusunda bilgi alma şekilleri sorulduğunda, %57.69'u ağrıyla ilgili bilgilerin diğer konular içinde verildiğini, %36.54'ü ayrı konu olarak işlendiğini ve %5.77'si hiç bilgi verilmediğini belirtmişlerdir. %88.46'sı ameliyat ağrısı deneyimi olduğunu, %11.64'ü ise ameliyat ağrısı deneyimi olmadığını açıklamışlardır.

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumlarının dağılımı Tablo 4.26.'da verilmiştir.

Hemşirelerin %61.54'ü ağrı konusunu merak ettiklerini, %38.46'sı ise merak etmediklerini belirtmişlerdir. Çalışma alanlarına göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumu incelendiğinde ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerin %85.71 gibi büyük çoğunluğu ağrıyı merak ettiklerini ifade ederlerken, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %76.92 gibi büyük çoğunluğu merak etmediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($P<0.05$).

Hemşirelerin statülerine göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumuna bakıldığında servis sorumlu hemşirelerinin %87.50'si ağrı konusunu merak ettiklerini belirtirlerken, yoğun bakım hemşirelerinin %83.33 gibi büyük çoğunluğu merak etmediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin statülerine göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumu arasında da istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($P<0.05$).

Ağrı deneyimi olan hemşirelerin %83.33 gibi büyük çoğunluğu ağrı konusunu merak etmediklerini ifade ederlerken, ağrı deneyimi olmayan hemşirelerin %67.39 gibi büyük bir çoğunluğu ağrı konusunu merak ettiklerini ifade etmişlerdir. Ameliyat ağrısı deneyimine göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin mezun oldukları okul, çalışma yılı ve okul yıllarında ağrı konusunda bilgi alma şekli gibi bireysel özellikler ile ağrıyı merak edip etmeme durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.26. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Ağrı Konusunu Merak Edip Etmemeye Durumlarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	Ağrıyı Merak Edip Etmeme Durumu				TOPLAM	
	Ediyor		Etmiyor			
	S	%	S	%	S	%
Mezun Olunan Okul						
SML	17	58.62	12	41.38	29	100.00
SHMYO	14	77.78	4	22.22	18	100.00
HYO	1	20.00	4	80.00	5	100.00
Toplam	32	61.54	20	38.48	52	100.00
					$\chi^2 = 5.755$, SD = 2, P>0.05	
Çalışma Yılı						
1-3	23	62.16	14	37.84	37	100.00
4-6	5	55.56	4	44.44	9	100.00
7-9	2	66.67	1	33.33	3	100.00
10 ve üzeri	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Toplam	32	61.56	20	38.46	52	100.00
					$\chi^2 = 0.209$, SD = 3, P>0.05	
Çalışma Alanı						
Genel Cerrahi	9	69.23	4	30.77	13	100.00
Beyin Cerrahisi	9	69.23	4	30.77	13	100.00
GKDC	3	23.08	10	76.92	13	100.00
Üroloji	5	83.33	1	16.67	6	100.00
Ortopedi	6	85.75	1	14.29	7	100.00
Toplam	32	61.54	20	38.46	52	100.00
					$\chi^2 = 11.708$, SD = 4, P<0.05	
Statü						
Servis Hemşiresi	24	63.16	14	36.84	38	100.00
Servis Sorumlu H.	7	87.50	1	12.50	8	100.00
Yoğun Bakım H.	1	16.67	5	83.33	6	100.00
Toplam	32	61.54	20	38.46	52	100.00
					$\chi^2 = 7.424$, SD = 2, P<0.05	
Ağrı Konusunda Bilgi Alma Şekli						
Ayrı konu olarak işlendi	9	47.37	10	52.63	19	100.00
Diğer konularda vardı	21	70.00	9	30.00	30	100.00
Hiç bilgi yoktu	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Toplam	32	61.54	20	38.46	52	100.00
					$\chi^2 = 2.553$, SD = 3, P>0.05	
Ameliyat Ağrısı Deneyimi						
Var	1	16.67	5	83.33	6	100.00
Yok	31	67.39	15	32.61	46	100.00
Toplam	32	61.54	20	38.46	52	100.00
					$\chi^2 = 5.770$, SD = 1, P<0.05	

Tablo 4.27. “Gereğinde” Ağrı Kesici Uygulama Kararının Hemşirelere Bırakılma Durumu ve Hemşirelerin Ağrı Kesici Uygulama Zamanlarının Dağılımı

Değişkenler	S	%
Hemşirelere Bırakılma Durumu		
Evet	49	94.23
Hayır	3	5.77
Uygulama Zamanı		
Başladığında	16	32.65
Şiddetlendiğinde	24	48.98
Cevap Yok	9	18.37

Hemşirelerin %94.23’ü “Gereğinde” ağrı kesici uygulama kararının kendilerine bırakıldığını ifade ederlerken, %48.98’i “Gereğinde” ağrı kesiciyi ağrı şiddetlendikten sonra uyguladıklarını belirtmişler, %18.37’si ise bu soruya cevap vermemişlerdir.

Tablo 4.28. Hemşirelerin Ağrısı Olduğunu Söyleyen Hastalara Her Zaman İnanıp İnanmama Durumlarının ve Nedenlerinin Dağılımı

Değişkenler	S	%
İnanıp İnanmama Durumu (N=52)		
İnanırım	16	30.77
İnanmam	36	69.23
İnanma Nedeni (n=16)		
Postoperatif ağrıyı olağan karşılama	11	68.75
Yorum getiremeyenler	5	31.25
İnanmama Nedeni (n=36)		
Psikolojik olduğunu söyleyenler	34	94.44
Yorum getiremeyenler	2	5.56

Hemşirelerin %69.23 gibi büyük çoğunluğu ağrılarının olduğunu söylediklerinde hastalarına her zaman inanmadıklarını belirtmişler, inanmama nedeni olarak da %94.44’ü psikolojik kaynaklı olmasını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %30.77’si hastaların ağrı ifadelerine her zaman inandıklarını belirtmişler, neden olarak ta %68.75 gibi büyük bir çoğunluğu postoperatif ağrıyı olağan karşıladıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %31.25’i ise bu soruya yorum getirememişlerdir.

Tablo 4.29. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre “Gereğinde” Ağrı Kesici Uygulama Zamanlarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	Ağrı Kesici Uygulama Zamanı		Başladığında		Şiddetlendiğinde		Cevap Yok		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Mezun Olunan Okul										
SML	8	27.59	14	48.28	7	24.14	29		100.00	
SHMYO	6	33.33	9	50.00	3	16.67	18		100.00	
HYO	2	40.00	2	40.00	1	20.00	5		100.00	
Toplam	16	31.37	25	47.06	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 0.62, SD = 4, P > 0.05$
Çalışma Yılı										
1-3	11	29.72	19	51.35	7	18.98	37		100.00	
4-6	4	44.44	3	33.33	2	22.22	9		100.00	
7-9	0	-	2	66.67	1	33.33	3		100.00	
10 ve üzeri	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3		100.00	
Toplam	16	31.37	25	47.00	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 2.696, SD = 1, P > 0.05$
Çalışma Alanı										
Genel Cerrahi	4	30.77	5	38.46	4	30.77	13		100.00	
Beyin Cerrahisi	2	15.38	11	84.62	0	-	13		100.00	
GKDC	6	46.15	4	30.76	3	23.09	13		100.00	
Üroloji	1	16.67	1	16.67	4	66.67	6		100.00	
Ortopedi	3	42.86	4	57.14	0	-	7		100.00	
Toplam	16	31.37	25	47.06	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 20.313, SD = 8, P < 0.05$
Statü										
Servis Hemşiresi	11	28.95	19	50.00	8	21.05	38		100.00	
Servis Sorumlu H.	4	50.00	2	25.00	2	25.00	8		100.00	
Yoğun Bakım H.	1	16.67	4	66.67	1	16.67	6		100.00	
Toplam	16	31.37	25	47.06	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 2.778, SD = 4, P > 0.05$
Bilgi Alma Şekli										
Ayrı konu olarak işlendi	6	31.58	10	52.64	3	15.79	19		100.00	
Diğer konularda vardı	11	36.67	13	43.33	6	20.00	30		100.00	
Hiç bilgi yoktu	0	-	1	33.33	2	66.67	3		100.00	
Toplam	17	31.37	24	47.08	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 4.832, SD = 4, P > 0.05$
Ameliyat Ağrısı										
Deneyimi										
Var	1	16.67	2	33.33	3	50.00	6		100.00	
Yok	15	32.60	23	50.00	8	17.40	46		100.00	
Toplam	16	31.37	25	47.06	11	21.57	52		100.00	
										$\chi^2 = 3.289, SD = 2, P > 0.05$

Çalışma alanına göre “Gereğinde” ağrı kesici uygulama zamanına bakıldığında, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %46.15 gibi büyük çoğunluğu ağrı başladığında, Beyin Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %84.62 gibi büyük çoğunluğu ağrı şiddetlendiğinde ağrı kesici uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma alanına göre gereğinde ağrı kesici uygulama zamanı arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($P<0.05$).

Mezun olunan okul, çalışma yılı, statü, okulda bilgi alma şekli ve ameliyat ağrısı deneyimi gibi bireysel özelliklerle, “gereğinde” ağrı kesici uygulama zamanı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.30. Hemşirelerin, Hastaların Ağrıyla Tanımlamada Hemşirelik Girişimlerinin Planlanmasına Katılıp Katılmamaları Konusundaki Düşüncelerinin ve Nedenlerinin Dağılımı

Değişkenler	S	%
Katılıp Katılmamaları Konusundaki Düşünceleri (N=52)		
Katılımlar	36	69.23
Katılmamalar	16	30.77
Katılıp Katılmamaları Konusundaki Düşünceleri (n=36)		
Ağrının nedenini ortaya çıkarır	10	27.78
İyileşmeyi hızlandırır	9	25.00
Hasta-hemşireye yardımcı olur	2	5.55
Hasta ne yapacağını bilir	2	5.55
Yorum getiremeyenler	13	36.12
Katılmamaları Konusundaki Düşünceleri (n= 16)		
Ağrıyı abartabilir	4	25.00
Yorum getiremeyenler	12	75.00

Hemşirelerin %30.77’si hastaların ağrı tanılmasında hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katılmamaları gerektiğini ifade ederlerken, %75.00 gibi büyük bir çoğunluk nedenine yönelik yorum getirememiş, %25.00’i ise ağrıyı abartabileceklerini ifade etmişlerdir. Yine hemşirelerin %69.23’ü hastaların ağrı tanılmasında hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katılması gerektiğini belirtmişler, katılma nedeni olarak %27.78’i ağrı kaynağını bulmak için ifadesini kullanmışlardır. Hemşirelerin hiçbirinin ağrı tanılamada ölçek ve ağrı izlem formu kullanmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.31. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Postoperatif Ağrı Belirtilerini İzleme Durumlarının Dağılımı

Bireysel Özellikler	Ağrı Belirtilerini İzleme Durumu				TOPLAM	
	İzliyor		İzlemiyor			
	S	%	S	%	S	%
Mezun Olunan Okul						
SML	25	86.21	4	13.70	29	100.00
SHMYO	13	72.22	5	27.78	18	100.00
HYO	3	60.00	2	40.00	5	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 2.480$, SD = 2, P>0.05	
Çalışma Yılı						
1-3	30	81.08	7	18.92	37	100.00
4-6	8	88.89	1	11.15	9	100.00
7-9	1	33.33	2	66.67	3	100.00
10 ve üzeri	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 4.648$, SD = 3, P>0.05	
Çalışma Alanı						
Genel Cerrahi	13	100.00	0	-	13	100.00
Beyin Cerrahisi	5	38.46	8	61.54	12	100.00
GKDC	11	82.62	2	15.38	13	100.00
Üroloji	5	83.33	1	16.67	6	100.00
Ortopedi	7	100.00	0	-	7	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 18.409$, SD = 4, P<0.05	
Statü						
Servis Hemşiresi	29	76.32	9	23.68	38	100.00
Servis Sorumlu H.	6	71.00	2	25.00	8	100.00
Yoğun Bakım H.	6	100.00	0	-	6	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 1.827$, SD = 2, P>0.05	
Çalışılan Shift						
08-16	11	68.75	5	31.25	16	100.00
16-08	30	83.33	6	16.67	36	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.25	52	100.00
					$\chi^2 = 1.412$, SD = 1, P>0.05	
Bilgi Alma Şekli						
Ayrı konu olarak işlendi	16	84.21	3	15.79	19	100.00
Diğer konularda vardı	23	76.67	7	23.33	30	100.00
Hiç bilgi yoktu	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 0.680$, SD = 2, P>0.05	
Ameliyat Ağrısı Deneyimi						
Var	5	83.33	1	16.67	6	100.00
Yok	36	78.26	10	21.74	46	100.00
Toplam	41	78.85	11	21.15	52	100.00
					$\chi^2 = 0.082$, SD = 1, P>0.05	

Hemşirelerin %78.85'inin hastalarda ameliyat sonrası ağrı belirtilerini izledikleri saptanmıştır. Çalışma alanlarına göre postoperatif dönemdeki ağrı belirtilerini izleme durumu karşılaştırıldığında, Beyin Cerrahi kliniğindeki hemşirelerin %61.54 gibi büyük çoğunluğu ağrı belirtilerini izlemediklerini belirtmişlerdir. Çalışma alanlarına göre

postoperatif dönemdeki ağrı belirtilerini izleme durumu arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($P<0.05$). Mezun olunan okul, çalışma yılı, statü, çalışılan shift, okulda ağrı konusunda bilgi alma şekli ve ameliyat ağrısı deneyimine göre postoperatif ağrı belirtilerini izleme durumu karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.32. Hemşirelerin Hastalarda İzledikleri Ağrı Belirtilerinin Dağılımı

İzlenen Ağrı Belirtileri	S	%
Sözel ifade / öksürememe	3	7.14
Solunum sıkıntısı / çarpıntı	1	2.38
Sözel-davranışsal ifade	20	47.62
Yorum getirememe	18	42.86

n=42*

* 10 hemşire hastalarda ağrı belirtilerini izlemediklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %47.62'si hastalarda sözel davranışsal belirtileri izlediklerini ifade ederlerken, %2.38'i solunum sıkıntısı, çarpıntı gibi fizyolojik belirtiler izlediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %42.86'sı bu soruya yorum getirememişlerdir.

Tablo 4.33. Hemşirelerin Preoperatif Dönemde Ağrıyla Başetmeye Yönelik Eğitim Yapıp Yapmama Durumları, Eğitim Konuları ve Eğitim Yapmama Nedenleri

Değişkenler	S	%
Eğitim Yapıp Yapmama Durumu (N=52)		
Evet	12	23.08
Hayır	40	76.92
Eğitim Konuları (n=12)		
Pozisyon	2	16.67
Öksürük-Egzersiz	1	8.33
Düzenli analjezik kullanımı	1	8.33
Psikolojik eğitim	1	8.33
Hareketsizlik	3	25.00
Yorum getiremeyenler	4	33.33
Eğitim Yapılmama Nedenleri (n=40)		
Zaman yok	7	17.50
Uygulamada böyle bir şey yok	3	7.50
Bilgin yok	6	15.00
Ağrı kesici yapıyoruz.	3	7.50
Gerek yok	2	5.00
Yorum getiremeyenler	19	47.50

Hemşirelerin %76.92'si preoperatif dönemde, postoperatif ağrıyı hafifletmeye yönelik eğitim yapmadıklarını ifade ederlerken, neden olarak %17.50 gibi büyük çoğunluk zaman olmadığını, %15.00'i ise bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %23.08'i preoperatif dönemde, postoperatif ağrıyı hafifletmeye yönelik eğitim yaptıklarını ifade etmişler, ancak yapılan eğitim konusunda %33.33'ü yorum getirememiş, %25.00'i hareketsizliğin ağrı nedeni olabileceği konusunda hastalara eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.34. Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastalarda Ağrı Gidermek İçin Kullandıkları İlaç Dışı Yöntemlerin Dağılımı

Kullanılan Yöntem	S*	%
Psikolojik destek olma	19	54.28
Masaj, sıcak, soğuk uygulama	15	42.85
Pozisyon	7	20.00
Hareket, öksürme egzersizleri	4	11.42
Nedenini ortadan kaldırmaya çalışma	3	8.57
Plasebo	14	40.00
Cevap vermeyenler	6	17.14

*Cevaplar birden fazladır

Ağrısı olan hastalarda kullanılan ilaç dışı yöntemler sorulduğunda, hemşirelerin %54.28 gibi büyük çoğunluğu psikolojik destek olmayı ifade ederlerken, nedenini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmaları %8.57 gibi küçük bir grup ifade etmiştir.

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ağrısı olan hastalara ilaç dışı yöntem kullanma durumları ve kullanılan yöntemler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre okul yıllarında ağrı konusunda bilgi alma şekillerinin dağılımı Tablo 4.35.'te verilmiştir.

SML mezunlarının %62.07'sinin, SHMYO mezunlarının %55.56'sının ağrı konusunu diğer konular içinde aldıkları, HYO mezunlarının %60.00'ının ise ayrı konu olarak işledikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin mezun oldukları okul ile bilgi alma şekilleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.35. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okula Göre Okul Yıllarında Ağrı Konusunda Bilgi Alma Şeklinin Dağılımı

Mezun Olunan Okul	Ağrı Konusunda Bilgi Alma Durumu						TOPLAM	
	Ayrı konu olarak işlendi		Diğer konularda vardı		Hiç bilgi yoktu			
	S	%	S	%	S	%	S	%
SML	9	31.03	18	62.07	2	6.90	29	100.00
SHMYO	7	38.89	10	55.56	1	5.56	18	100.00
HYO	3	60.00	2	40.00	0	-	5	100.00
Toplam	19	36.54	30	57.69	3	5.77	52	100.00

$$\chi^2 = 1.756, SD = 4, P > 0.05$$

Yine hemşirelerin minör ameliyat geçiren hastayla majör ameliyat geçiren hastanın ağrısına yaklaşımlarının aynı olup olmadığı incelendiğinde %84.62 gibi büyük bir çoğunluğun majör ve minör ameliyat geçiren hasta ağrısına yaklaşımlarının aynı olmadığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Akut ağrının en yaygın nedeni cerrahi girişimdir. Her yıl yeryüzünde 50 milyondan fazla insanın ameliyat olduğu tahmin edilmekte ve böylece 50 milyon üzerinde insan her yıl akut ağrıya ve onun komplikasyonlarına maruz kalmaktadır.⁴⁰ Akut ağrıyla başedebilmede en önemli nokta ağrının tanımlanması, tanımlandıktan sonra da başetme yöntemlerinin uygulanmasıdır.

Bu noktadan hareketle postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve ağrıyla başetmeye yönelik hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmada elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %64.33'ünü erkekler, %35.67'sini kadınlar oluşturmuş ve çoğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (%37.00). %83.33'ü evli olan hastaların, %58.00 gibi büyük çoğunluğunun şehirde yaşadığı ve yine %63.00'ünün ameliyat deneyiminin olduğu tespit edilmiştir. %31.68'ine batin içi, %68.32'sine batin dışı operasyon uygulanmış olan hastaların, %32.67'sini ev hanımları, %26.00'sini serbest meslek sahipleri oluşturmuştur.

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrıyı tanımlama durumları incelendiğinde (Tablo 4.2.) cinsiyete göre, kadınların %99.07'si, erkeklerin %90.67'si ağrı tanımlamışlar ve bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 8.172$ $P < 0.05$).

Erkeklerde yüksek ağrı toleransının takdir gördüğü toplumumuzda, ağrıyı erişkinlerin çocuklardan, erkeklerin de kadınlardan daha iyi tolere etmeleri beklenir.⁴ Ayrıca erkeklerin ve kadınların ağrıya, benzer tepkiler verdikleri görülmekle birlikte, uygulamada kadınların erkeklerden daha çok ağrı çektikleri belirlenmiştir.²³ 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 literatürler de vardır.^{7,8} Aslan'ın⁴¹ yaptığı bir çalışmada postoperatif dönemde bireysel özelliklerle ağrı ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet ve ağrı arasında ilişki saptanmamıştır. Yine Taenzer⁴², ağrının şiddetinin cinsiyetle ilişkisi olmadığını bulmuştur.

Cinsiyet ağrı algısını etkilemese de kültürel faktörlerin cinslere özgü bazı sorumlulukları belirlemesi ve bireylerin de bundan etkilenmesi sonucunda cinsiyetle ağrı algılanması arasında ilişki olabileceği düşünülmelidir.⁶

Yaş ile ağrının tanımlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ($\chi^2 = 4.160$ $p > 0.05$) ancak 56-65 yaş grubunda diğer yaş gruplarına oranla ağrı tanımlamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe hastaların bildirdikleri ağrı şiddetinin azaldığı, soyluluk, dini inanç gibi nedenlerle bunu yaşanması gereken bir deneyim ya da tolere edilmesi gereken bir durum olarak düşündükleri ifade edilmektedir.^{39,41} Herr ve Mobily¹² yaşlıların ağrıyı söylemeyebileceklerine çünkü onların, ağrıyı yaşlanmanın belirtisi olarak düşünebileceklerine dikkat çekmişlerdir. Yine Kocaman ve Karayurt'un⁴³ ağrı kontrolünde yaş faktörünü incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, ağrı duyarlılığının yaş ile birlikte azalma gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca yaşlı hastaların ağrıyı daha iyi tolere ettiklerinin ve ağrı algılanmasıyla duyarlılığın yaşla beraber azaldığının düşünüldüğü fakat bunun doğru olmadığı literatürlerde belirtilmektedir.²⁶

Diğer bireysel özelliklerle ağrı tanımlanması arasındaki ilişki istatistiksel olarak (öğrenim durumu $\chi^2 = 3.011$ $P > 0.05$, meslek $\chi^2 = 11.701$ $P > 0.05$, medeni durum $\chi^2 = 0.275$ $P > 0.05$, yaşanılan yer $\chi^2 = 2.060$ $P > 0.05$, ameliyat deneyimi $\chi^2 = 0.256$ $P > 0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hastaların ameliyat sonrası endişe durumlarına göre ağrıyı tanımlamalarının dağılımı (Tablo 4.3.) incelendiğinde endişesi olan hastaların tamamı, olmayanların ise %87.82'si ağrı tanımlamışlar, bu sonuç istatistiksel olarak çok önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 18.724$ $P < 0.001$).

Genel olarak preoperatif ve postoperatif anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası ağrıda önemli bir belirleyici olduğu kabul edilir.⁴ Anksiyete kas gerginliğine yol açarak fiziksel ağrıya neden olur. Cerrahi hastalarında sıklıkla postoperatif ağrı anksiyete düzeyini artırır, anksiyete düzeyinin artması da postoperatif ağrıyı artırır ve bir kısır döngü söz konusudur.^{7,44}

Wallace²³, ameliyat sonrası ağrı bekleminin hastanın korku ve endişelerini gidermeme ile doğru orantılı olduğunu ifade etmiştir. Pektekin⁴⁵, hasta kabulünde anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada en yüksek anksiyeteye cerrahi kliniğine yatan hastaların sahip olduğunu saptamıştır. Yine Karayurt⁴⁴ yaptığı bir çalışmada, ameliyat öncesi anksiyetesi düşük olan hastalarda ağrı düzeyinin de daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Anksiyete ve ağrı arasında doğrusal bir ilişki olduğunu açıklayan literatür bilgileri ve araştırmalar bizim bulgularımızı destekler özelliktedir.^{23,44,45}

Hastaların ameliyat günlerine göre ağrıyı tanımlamaları incelendiğinde (Tablo 4.4.) %81.14 gibi büyük bir çoğunluğunun ameliyatlarının birinci gününden itibaren, %1.41 gibi çok küçük bir oranının da dördüncü gününden itibaren ağrı hissettikleri belirlenmiştir. Bireysel özelliklere göre hastaların ağrıyı ameliyatın kaçınıcı gününden beri hissettikleri arasında istatistiksel olarak (yaş $x^2 = 19.981$ SD= 12 $P>0.05$, cinsiyet $x^2 = 0.539$ $P>0.05$, öğrenim durumu $x^2 = 15.456$ $P>0.05$, meslek $x^2 = 21.994$ $P>0.05$, medeni durum $x^2 = 5.741$ $P>0.05$, yaşanan yer $x^2 = 15.134$ $P>0.05$) önemli bir fark bulunmamıştır.

Tek bölgede ağrı tanımlayan hastaların (Tablo 4.4.) %93.47'si ameliyat bölgesinde, %2.73'ü sırtta, %2.17'si bacakta, %1.63'ü de başta ağrı ifade etmişlerdir. Birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların (Tablo 4.4.) %28.90'ı ameliyat bölgesi-sırt-göğüs, %21.64'ü ameliyat yeri-ekstremiteler, %20.61'i ameliyat yeri-karın-bel, %18.55'i ameliyat yeri-baş ve %10.30'u ameliyat yeri-baş-sırt bölgesinde ağrı tanımlamışlardır.

Postoperatif hasta için ağrı, insizyonel ağrı dışında birçok nedenden ileri gelebilir. Bu yüzden hastaların ameliyat bölgesi dışında başka bölgelerde de ağrı hissetmeleri beklenen bir durumdur.²⁹

Hastalara ağrılarının periyodu sorulduğunda (Tablo 4.4.) %38.43'ü sürekli, %61.57'si ise aralıklı ağrı çektiklerini ifade etmişlerdir. Seers⁴⁶ hastaların postoperatif ağrı oranlarının sürekliliğini %54.00 olarak belirlemiş, bizim çalışmamızda bu oran %38.43 olarak saptanmıştır. Bu sonucun ağrı ifadesinde etkili olan sosyo-kültürel faktörlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bireysel özelliklere göre hastaların ağrı periyodu arasında istatistiksel olarak (yaş $x^2 = 0.304$ $P>0.05$, cinsiyet $x^2 = 2.509$ $P>0.05$, öğrenim durumu $x^2 = 4.850$ $P>0.05$, medeni durum $x^2 = 0.353$ $P>0.05$, meslek $x^2 = 5.678$ $P>0.05$, yaşanan yer $x^2 = 5.295$ $P>0.05$, ameliyat deneyimi $x^2 = 0.027$ $P>0.05$) önemli fark bulunmamıştır.

Hastaların ameliyat günlerine göre görüşme anındaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olup olmadığı incelendiğinde (Tablo 4.5.) ameliyatlarının üçüncü gününde olan hastaların %74.51'i, dördüncü gününde olanların %90.91'i görüşme anındaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların ameliyatlarının kaçınıcı günü

olduğuna göre şiddetli ağrı tanımlamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($\chi^2 = 9.063$ $P < 0.05$).

Klasik literatürlerde ameliyat bölgesine göre şiddetli ağrının algılanma sresinde gün olarak farklılıklar belirtilmiş ve bu nedenle hastalara ameliyat türlerine göre ağrıyı en şiddetli algıladıkları ortalama günlerde ağrı şiddetindeki değişiklik sorulmuştur. Ancak bizim bulgularımız bu konudaki klasik literatür bulgularıyla uyum göstermezken, akut ağrının gitgide azalması yönündeki klasik literatür bilgileriyle uyum içindedir.^{2-4,7,13,18-20,47}

Hastaların tanımladıkları ağrı türünün dağılını incelendiğinde (Tablo 4.6.) %50.18'i yanma-sız, %2.85'i kramp tarzında ifade etmişlerdir.

Hastalarda ağrı tanımının, tek bölgede hissedilme durumunun, ağrının ameliyattan sonra kaçıncı günde hissedildiğinin ve en şiddetli ağrı olup olmadığının kliniklere göre dağılını incelendiğinde (Tablo 4.7.) ağrı tanımı ile klinikler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 4.877$ $P > 0.05$).

Ağrının tek bölgede hissedilme durumunun kliniklere göre dağılını incelendiğinde, roloji kliniğinde %80.85, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde %73.91, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde %71.43, Genel Cerrahi kliniğinde %64.77 iken, Beyin Cerrahisi kliniğinde %44.90 ile en düşük oranda gözlenmiş, bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 16.816$ $P < 0.05$).

Nöropatik ağrının sinir sisteminden kaynaklandığını, sağlam bölgelere yansıdığını ve disk hernisine bağlı ağrıların buna örnek gösterildiğini belirten klasik literatür bilgisi ışığı altında, Beyin Cerrahisi Kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunu diskal herni operasyonu geçiren kişilerin oluşturduğunu düşünürsek bulgularımızla literatür bilgileri uyum göstermektedir.¹⁴

Yine ağrının ameliyattan sonra kaçıncı günde hissedildiğinin kliniklere göre dağılınına bakıldığında tüm kliniklerde araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğu ameliyatın ilk gününden beri ağrı hissettiklerini ifade ederlerken, %96.43 ile en büyük oranı Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastalar oluşturmaktadır. İkinci gün ağrı tanımlayan hastaların büyük çoğunluğunu %17.05 ile Genel Cerrahi kliniğinde yatan hastalar oluştururken, üçüncü gün ağrı tanımlayan hastaların büyük çoğunluğunu %16.32 ile Beyin Cerrahisi kliniğinde yatan hastalar oluşturmaktadır.

Ağrının ameliyat sonrası hissedildiği gün ile klinik arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 17.659$ $P < 0.05$).

Toraks ya da üst abdominal bölge operasyonlarında meydana gelen pulmonal değişiklikler, ekspirasyon sırasında abdominal kas tonüsünde artma ve diyagrafmatik fonksiyonda azalma nedeniyle bu bölge ameliyatları her zaman diğer bölgelere göre daha ağrılıdır.^{19,48}

Aslan'ın⁴¹ yapmış olduğu bir araştırmada, ağrı şiddetiyle insizyon bölgesi arasındaki ilişkiye bakıldığında üst abdominal insizyonlu hastaların birinci gün daha şiddetli ağrı deneyimledikleri saptanmıştır.

Ağrının kliniklere göre en şiddetli ağrı olup olmadığı incelendiğinde Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastaların %3.57'si Üroloji kliniğindeki hastaların ise %34.04'ü görüşme anındaki ağrıların en şiddetli ağrıları olduğunu ifade etmişler, bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 14.840$ $P < 0.05$). Bu sonucun üriner sistem ameliyatları sonrası ameliyat bölgesine direkt uygulanan kateterlerle ilgili olduğu düşünülebilir. Ayrıca böbrek ve üreterlere uygulanan cerrahi girişimlerden sonra üriner sistem içine kanama olması ve pıhtı oluşması sonucu meydana gelen tıkanıklık şiddetli kolik şeklinde ağrıya neden olur.⁴⁹

Hastalara ağrı şiddetinde değişiklik olup olmadığı sorulduğunda %80.78'i şiddetinin değiştiğini ifade etmiş, ağrı şiddetinin değiştiğini ifade eden hastaların %90.75'i azalma, %9.25'i artma türünde değişiklik belirtmişlerdir. Bulgularımız akut ağrının giderek azaldığını açıklayan klasik literatür bilgileriyle uyum göstermektedir.^{2,3,7,13,18-20}

Hastaların bireysel özelliklerine göre ağrının başlangıcından bu yana şiddetinde değişiklik olup olmama durumu incelendiğinde (Tablo 4.8.) ameliyat deneyimi olan hastaların %84.66'sı, ameliyat deneyimi olmayanların %74.29'u değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir ve bu değişikliği ameliyat deneyimi olan hastaların %86.58'i, ameliyat deneyimi olmayan hastaların ise %98.72'si azalma şeklinde tanımlamışlardır. Ameliyat deneyimi ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 4.559$ $P < 0.05$).

Geçmişte yaşanan kötü deneyimlerin ve ağrıya neden olan patolojik sürecin bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Bu sonuç ağrı deneyiminin ağrı algılanmasını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyeceği konusundaki literatür bilgileriyle uyum

içindedir.^{7,12,13,23} Ayrıca Aslan ve arkadaşlarının⁴⁰ yaptığı bir çalışmada cerrahi girişim geçiren bireylerin ağrıyla başetmede tıbbi yardım eğilimlerinin fazla olduğu vurgulanmıştır.

Hastaların diğer bireysel özelliklerine göre ağrının şiddetinde değişiklik olup olmama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak (yaş $\chi^2 = 2.823$ $P > 0.05$, cinsiyet $\chi^2 = 2.092$ $P > 0.05$, öğrenim durumu $\chi^2 = 6.166$ $P > 0.05$, meslek $\chi^2 = 11.979$ $P > 0.05$, medeni durum $\chi^2 = 0.097$ $P > 0.05$, yaşanan yer $\chi^2 = 7.002$ $P > 0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hastalarda gündüz ve gece arasında ağrı şiddetinde değişiklik olup olmama durumu incelendiğinde, hastaların %54.00'ü değişiklik ifade etmiş, bu değişikliği hastaların %80.25'i gece, %19.75'i ise gündüz artma olarak belirtmişlerdir. Bu sonuç hastaların gece daha fazla ağrı tanımladıklarını göstermektedir.

Pek çok insanın gece daha çok ağrı çektiği, bunun da yalnızlık, can sıkıntısı, gereğinden fazla egzersiz ya da ağrıda gerçek artış nedeniyle olabileceği klasik literatürlerde belirtilmektedir.⁷

Bireysel özelliklere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olup olmama durumu incelendiğinde (Tablo 4.9.) kadınların %61.68'i, erkeklerin ise %38.32'si gece ağrılarının arttığı yönünde değişiklik ifade etmişler, bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 3.952$ $P < 0.05$).

Kadınların erkeklerden daha fazla oranda gündüz ve gece arasında ağrı şiddetinde değişiklik ifade etmeleri, kadınların erkeklerden daha çok (%99.07) ağrı tanımlamış olmaları sonucuna ve yine kadınların ağrıyı erkeklerden daha az tolere ettiğini belirten literatür bilgisine dayandırılabilir.²³

Öğrenim düzeyi ile ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu incelendiğinde en büyük oranla okuryazar olmayan hastalar (%71.15) gece ağrılarının arttığı yönünde değişiklik ifade etmişler ve bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 11.536$ $P < 0.05$).

Aslan ve arkadaşlarının⁴⁰ yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların ağrıyla başetme yöntemlerini de başarıyla kullandıkları belirtilmiştir. Bu sonuca göre eğitim düzeyi düştükçe ağrı şikayetinde de artış olması beklenen bir durumdur.

Meslek ile ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu incelendiğinde öğrencilerin %90.00'ının ağrı şiddetinde değişiklik ifade ettikleri belirlenmiş ve bu

sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2=14.684$ $p<0.05$). Bu sonucun öğrenci grubunu oluşturan sayının azlığından (10 kişi) kaynaklandığı düşünülebilir.

Diğer bireysel özelliklerle ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu karşılaştırıldığında sonuçlar istatistiksel olarak (yaş, $\chi^2 = 3.578$ $P>0.05$, medeni durum $\chi^2 = 1.263$ $P>0.05$, yaşanan yer $\chi^2 = 4.502$ $P>0.05$, ameliyat deneyimi $\chi^2 = 0.244$ $P>0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hastaların ağrı tanımladıkları bölgelere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumu incelendiğinde (Tablo 4.10.) tek bölgede ağrısının olduğunu söyleyen hastaların %85.71'i, birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların %69.64'ü gece ağrılarının arttığını belirtmişler, bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 5.924$ $P<0.05$).

Birden fazla bölgede ağrı hisseden hastaların şiddetli ağrıları nedeniyle akut ağrıya adaptasyonda daha etkin oldukları düşünülebilir.

Kliniklere göre ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik durumunun dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.11.) Üroloji kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastalar %96.77 ile en büyük oranda, Beyin Cerrahisi kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastalar ise %63.87 ile en düşük oranda, gece daha şiddetli ağrı ifade etmişler, bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 15.687$ $P<0.05$).

Bu, Tablo 4.7.'de görüşme anındaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olduğunu söyleyen hastaların Üroloji kliniğinde fazla saptanması ile paralellik oluşturan sonuçla uyum göstermektedir.

Hastaların 0-5 ağrı skalası ve Prince Henry ağrı skalasına göre ağrı şiddetlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.12.) 0-5 ağrı skalasında hastaların büyük çoğunluğu (%43.67) hafif derecede ağrı tanımlarlarken, %1.00 gibi çok küçük bir grup çok şiddetli ağrısının olduğunu ifade etmiştir, dayanılmaz ağrı tanımlayan hasta olmamıştır.

Prince Henry ağrı skalasında ise yine hastaların büyük çoğunluğu (%54.67) 0-5 ağrı skalasında hafif derecede ağrıya denk gelen "öksürürken ağrı var, derin solunumda yok" ifadesinde bulunmuş, ciddi ağrı tanımlayan hasta oranı da yine 0-5 ağrı skalasında ciddi ağrı ifade eden hasta grubu gibi küçük bir grubu (%1.67) oluşturmuştur.

Cerrahi hastalarının yaklaşık 1/2 -1/3'ünün önemli ölçüde postoperatif ağrı çektikleri bildirilmektedir.⁴ Yapılan bir çalışmada postoperatif ağrının prevalansı, şiddeti, hastanın analjezi talebi ölçülmüş, alınan sonuçlara göre cerrahi girişimin türüne

bakılmaksızın tüm hastaların %30.00'unun orta, %40'ının daha şiddetli ağrı çektikleri belirlenmiştir⁴. Yine Cohen⁵⁰ postoperatif dönemdeki hastaların %75.00'inin önemli ya da ciddi ağrılarının olduğunu saptamış, Kuhn ve arkadaşları⁵¹, hastaların operasyondan sonraki altıncı güne kadar oldukça yüksek ağrı skorlarının kaydedildiğini belirlemiş, Maciorowski⁵² ise posoperatif dönemde hastaların orta derecede ağrılarının olduğunu saptamıştır.

Ağrıya karşı gösterilen tepkiler ve onunla başa çıkmada birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında sosyo-kültürel yapı, yaşanan coğrafi bölge ve iklimler, bireyin yaşadığı aile ve sosyal çevresi, yaşadığı toplumun bireylere verdiği roller ve etnik yapı, ağrı bildirimini etkilemektedir.⁵³⁻⁵⁶ Bizim çalışmamızda postoperatif dönemdeki ağrının hastalar tarafından hafif derecede değerlendirilmesinin sosyo-kültürel yapı ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda ağrı şiddetini sayısal olarak değerlendirmek için 0-5 ağrı skalası ve 0-5 ağrı skalasında çeşitli nedenlerle ağrıyı abartma ya da olduğundan az ifade etme söz konusu olabileceğinden hastaların 0-5 ağrı skalasındaki ağrı bildirimlerinin doğruluğunu test etmek amacıyla Prince Henry ağrı skalası kullanılmış, bulgular Tablo 4.13. ve Tablo 4.15.'te verilmiştir.

Yaşa göre ağrı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde 26-35 yaş grubunda 1.603 ± 0.636 ile en düşük, 56-65 yaş grubunda 1.786 ± 0.740 ile en yüksek, Prince Henry ağrı skalasında da 36-45 yaş grubunda 1.426 ± 0.683 ile en düşük, 16-25 yaş grubunda 1.697 ± 0.883 ile en yüksek ağrı puan ortalaması saptanmış, aradaki fark her iki skalada da istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($F= 0.73$ $P>0.05$, $F= 0.63$ $P>0.05$).

Yaşın ağrı şiddetine etkisi konusunda değişik sonuçlar belirtilmiştir. Gençlerin ağrıyı kötü bir durumun habercisi olarak algılamaları nedeniyle daha az tolerans gösterdiklerini belirten literatürler yanında genç ve adölesanların daha cesur görünme düşüncesiyle ağrıyı daha hafif ifade ettiklerini belirten çalışmalar da vardır.^{7,12,57,58} Yaşlı hastaların ağrıyı daha iyi tolere ettikleri düşünüldüğü ancak bunun doğru olmadığı klasik literatürlerde yeralmaktadır.²⁹ Aslan'ın⁴¹ araştırmasında yaş ilerledikçe hastaların bildirdikleri ağrı şiddetinin azaldığı belirtilmektedir.

Cinsiyete göre ağrı puan ortalamaları 0-5 ağrı skalasında kadınlarda 1.755 ± 0.754 , erkeklerde 1.642 ± 0.706 olarak belirlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak

önemli bulunmamıştır ($F= 0.73$ $P>0.05$). Ancak, özellikle postoperatif dönemdeki hastalara uygulanan Prince Henry ağrı skalasında kadınlarda 1.384 ± 0.666 , erkeklerde 1.588 ± 0.864 olan ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($F= 3.95$ $P<0.05$).

Ağrı toleransı ile cinsiyet arasındaki ilişki konusunda varolan farklı görüşler bizim bulgularımıza da yansımıştır.^{6,4,12,23,42} Kadın ve erkek arasında ağrıya tepkide fark olmadığı yönündeki literatür bilgisi, ayrıca Aslan'ın⁴¹ yaptığı araştırmada cinsiyet ile ağrı puan ortalaması arasında ilişki saptanamaması 0-5 ağrı skalasında tespit ettiğimiz sonuçla uyum göstermektedir. Prince Henry ağrı skalasında erkeklerin ağrı puan ortalamalarının kadınlardan yüksek çıkması ve bu farkın önemli bulunması da kadınların doğum yapmaları nedeniyle şiddetli ağrı tecrübesine sahip olmaları ve ağrıyla daha kolay başedebilmeleri yönündeki literatür bilgileriyle uyum göstermektedir.²³

Öğrenim durumuna göre ağrı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde 0-5 ağrı skalasında okuryazar olmayanlarda 1.980 ± 0.829 , yükseköğretim mezunlarında 1.583 ± 0.717 ağrı puan ortalaması tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($F= 2.59$ $P<0.05$). Prince Henry ağrı skalasında ise ortaöğretim mezunlarında 1.426 ± 0.767 ile en düşük, yükseköğretim mezunlarında 1.810 ± 0.873 ile en yüksek ağrı puan ortalaması saptanmış ve bu sonuçlara göre öğrenim durumu ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($F= 1.03$ $P>0.05$).

İki skala arasında farklı sonuçların çıkması hastaların doğrudan ağrı şiddetini soran 0-5 ağrı skalasında çoğunluğu erkek olan yükseköğrenim mezunlarının ağrı şiddetini kontrollü olarak ifade etmeleri nedeniyle en düşük ağrı puan ortalaması sonucunu ortaya çıkarmış olabilir. Ayrıca yapılan bir araştırmada⁵⁸ yükseköğrenim mezunlarının ağrıyla başetme yöntemlerini iyi kullandıkları belirlenmiştir. Bu nedenle yükseköğrenim mezunu hastalar ağrıyla daha iyi başettikleri için ağrı şiddeti ifadesi az olabilir.

Prince Henry ağrı skalasında öğrenim durumu ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Aslan'ın⁴¹ postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi konulu araştırmasında da ortaöğretim düzeyinde ağrı puan ortalaması en düşük, yükseköğrenimde en yüksek bulunmuştur. Prince Henry ağrı

skalasında yeralan ifadeler dolaylı olarak ağrı şiddetini belirlediği için yanılma olasılığının daha az ve daha güvenilir olduğu düşünülebilir.

Mesleğe göre ağrı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde 0-5 ağrı skalasında 1.490 ± 0.582 ile memur grubunda en düşük, 1.842 ± 0.765 ile emekli grubunda en yüksek, Prince Henry ağrı skalasında da 1.363 ± 0.624 ile ev hanımı grubunda en düşük, 2.167 ± 1.472 ile işsiz grubunda en yüksek ağrı puan ortalaması saptanmış, aradaki fark her iki skalada da istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($F=1.23$ $P>0.05$, $F=1.91$ $P>0.05$). Aslan'ın⁴¹ yaptığı çalışmada ise en düşük ağrı şiddetinin işçilerde olduğu belirlenmiştir.

Medeni durumla ağrı puan ortalaması arasındaki fark karşılaştırıldığında sayıları çok az olduğu için (4 hasta) dul olan hastalar gözardı edilecek olursa 0-5 ağrı skalasında bekarlarda 1.674 ± 0.747 , evlilerde 1.681 ± 0.710 ağrı puan ortalaması tespit edilmiş, sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($F=0.38$ $P>0.05$). Ancak Prince Henry ağrı skalasında bekarlarda 1.769 ± 0.986 , evlilerde 1.444 ± 0.730 şeklinde saptanan ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($F=4.51$ $P<0.05$). Bu bulgumuz, ağrı algılamasını etkileyen faktörler içerisinde aile üyelerinin ve evliler için eşin desteğinin önemini vurgulayan klasik literatür bilgileriyle uyum göstermektedir.¹² Aslan'ın⁴¹ çalışmada da medeni durum ve ağrı ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık olmamasına rağmen evli hastaların daha düşük ağrı bildirimi belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları yer ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde kasabada yaşayanların çok az olması (3 hasta) ve bu nedenle gözardı edilebileceği düşünülürse 0-5 ağrı skalasında 1.600 ± 0.535 ile ilçede yaşayanlar grubunda en düşük, 1.833 ± 0.776 ile köyde yaşayanlar grubunda en yüksek, Prince Henry ağrı skalasında ise 1.432 ± 0.695 ile yine ilçede yaşayanlar grubunda en düşük ancak 1.547 ± 0.745 ile ilde yaşayanlar grubunda en yüksek ağrı puan ortalamaları tespit edilmiş, her iki skalada da aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($F=2.21$ $P>0.05$, $F=0.53$ $P>0.05$).

Ameliyat deneyimi ile ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında 0-5 ağrı skalasında cerrahi girişim deneyimi olanlarda 1.65 ± 0.677 , olmayanlarda 1.740 ± 0.800 , Prince Henry ağrı skalasında deneyimi olanlarda 1.519 ± 0.788 , olmayanlarda 1.483 ± 0.813 ağrı puan ortalaması saptanmış, aradaki fark her iki skalada da

istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($F= 0.98$ $P>0.05$, $F= 0.12$ $P>0.05$). Aslan'ın⁴¹ çalışmasında da cerrahi girişim deneyimi ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Kliniklere göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.14.'te verilmiştir. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastalarda 1.571 ± 0.690 ile en düşük, Genel Cerrahi kliniğinde araştırma kapsamına alınan hastalarda 1.724 ± 0.742 ile en yüksek ağrı puan ortalaması tespit edilmiş, aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($F= 0.54$ $P>0.05$).

Tablo 4.16.'da kliniklere göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı verilmiş olup, Üroloji kliniğinde 1.231 ± 0.667 ile en düşük, 2.000 $\pm$ 0.964 ile Ortopedi kliniğinde en yüksek ağrı puan ortalaması saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($F= 8.47$ $P<0.05$).

Ameliyat sonrası ağrının tek bölgede olup olmama durumuna göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.17.'de verilmiştir. Tek bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamaları 1.624 ± 0.749 , birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamaları ise 1.806 ± 0.664 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel yönden önemli bulunmuştur ($F= 3.98$ $P<0.05$). Birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamalarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 4.18.'de ise ameliyat sonrası ağrının tek bölgede olup olmama durumuna göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı verilmiş, tek bölgede ağrı tanımlayanların ağrı puanlarının ortalamaları 1.497 ± 0.829 , birden fazla bölgede ağrı tanımlayanların ağrı puan ortalamaları 1.511 ± 0.727 olarak saptanmış, aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($F= 0.02$ $P>0.05$). Ancak Prince Henry ağrı skalasında da birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların ağrı puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir.

Ameliyat sonrası endişe durumuna göre 0-5 ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.19.'da belirtilmiştir. Endişesi olmayan hastalarda 1.600 ± 0.693 , olanlarda 1.764 ± 0.748 ağrı puan ortalaması tespit edilmiş, aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($F= 3.59$ $P>0.05$).

Tablo 4.20.'de ameliyat sonrası endişe durumuna göre Prince Henry ağrı skalasında ağrı puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiş, endişesi olmayan hastalarda

1.483 $\pm$ 0.809, olanlarda 1.528 $\pm$ 0.785 olarak belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($F= 0.19$ $P>0.05$).

Her iki tabloda da endişeyle ağrı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz olsa da endişesi olanların ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Endişeli hastalarda ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olması endişeyle ağrı arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermekte, bu sonuç Aslan'ın⁴¹ çalışması ve klasik literatür bilgileriyle de desteklenmektedir.^{7,4,42,44}

Hastaların bireysel özelliklerine göre bazı işlemlerin ağrıyı artırıp artırmadığının dağılımı Tablo 4.21.'de verilmiştir. 16-25 yaş grubunda hastaların %69.23'ü, 56-65 yaş grubunda ise %49.37'si ağrıyı artıran işlem olduğunu ifade etmişler, aradaki fark istatistiksel yönden önemli bulunmamıştır ($\chi^2= 4.368$ $P>0.05$).

Bu sonuç ağrı algılanmasının yaşla beraber azaldığı yolundaki düşüncenin doğru olmadığını belirten klasik literatürlerle uyumluluk göstermektedir.^{4,26}

Cinsiyete göre ağrıyı artıran işlem olup olmadığı incelendiğinde, kadınlarda %77.57, erkeklerde %43.52 olarak tespit edilmiş aradaki fark istatistiksel açıdan çok önemli bulunmuştur ($\chi^2=32.333$ $P<0.001$). Bu sonuç Tablo 4.2.'deki, kadınların (%99.07), erkeklerden (%90.67) daha çok ağrı tanımlamaları sonucuyla paralel olup dolayısıyla Tablo 4.2.'nin sonucunu destekleyen aynı literatür bilgileriyle uyum göstermektedir.^{4,23}

Öğrenime göre ağrıyı artıran işlem olup olmadığı durumu incelendiğinde, okuryazar olmayanlarda %82.69, yükseköğrenim görenlerde %52.00 olarak tespit edilmiş, aradaki fark istatistiksel yönden çok önemli bulunmuştur ($\chi^2=18.992$ $P<0.001$). Öğrenim düzeyinin yükselmesiyle yapılan işlemlerden ağrı duyma oranı azalmaktadır. Yükseköğrenim görenlerin ilköğrenim ve ortaöğrenim görenlerden daha yüksek oranda ağrıyı artıran işlem tarif etmeleri, araştırma kapsamındaki yükseköğretim mezunu hastanın az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca yapılan bir araştırmada yükseköğrenim görenlerin ağrıyla başetme yöntemlerini daha iyi kullandıkları belirlenmiş⁵⁸, yine Aslan'ın⁴¹ yaptığı araştırmada ortaöğrenim mezunlarının ağrı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Mesleğe göre ağrıyı artıran işlem olup olmadığı karşılaştırıldığında ev hanımlarının %77.55'i, emeklilerin %38.10'u ağrıyı artıran işlem olduğunu belirtmişler ve aradaki fark istatistiksel yönden çok önemli bulunmuştur ($\chi^2= 33.103$ $P<0.001$).

Yapılan işlemlerden ağrı duyanların ev hanımlarının grubunda fazla olması, kadınların erkeklerden daha çok ağrı hissetmeleri (%77.57) sonucundan kaynaklanmaktadır^{4,23}. Yine en küçük oranla emekli grubunun yapılan işlemlerden ağrı duyması da yaş faktöründen kaynaklanıyor olabilir. Herr ve Mobily¹² araştırmaları sonucunda yaşlıların ağrıyı söylemeyeceklerine çünkü ağrıyı yaşlanmanın belirtisi olarak düşünebileceklerine dikkat çekmişlerdir. Yine klasik literatürlerde yaş ilerledikçe inançlar gereği ağrı çekmenin ve onu tolere etmenin olağan karşılandığı belirtilmiştir.⁴¹

Diğer bireysel özelliklerle ağrıyı artıran işlem olup olmadığı arasındaki fark istatistiksel olarak (yaş $x^2=4.368$ $P>0.05$, medeni durum $x^2=3.784$ $P>0.05$, yaşanılan yer $x^2=0.925$ $P>0.05$, ameliyat deneyimi $x^2=2.235$ $P>0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Ameliyat deneyimine göre yapılan işlemlerden ağrı duyma durumlarının dağılımı incelendiğinde deneyimi olan hastaların %52.38'i, olmayanların da %61.26'sı yapılan işlemlerden ağrı duyduklarını ifade etmişler, bu sonuç, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ağrı tecrübesinin ağrının algılanmasını dolayısıyla yapılan işlemlerden ağrı duyma durumunu olumlu veya olumsuz yönde etkilediği, bunda da deneyimin varlığından çok türüyle ağrı algılanması arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Örneğin önceki ağrı tecrübesi çok kötüyse ve ağrıyı hafifletmeye yönelik girişimler yetersiz ya da memnuniyet verici düzeyde değil ise ağrıyı tolere etmek zordur. Bu nedenle ameliyat deneyiminin niteliği önemli olduğundan deneyim ile ağrı ve ağrı duyulan işlemlerin algılanması önemli olmayacaktır. Bulgularımız klasik literatür bilgileriyle uyum göstermektedir.^{7,12,13,23}

Araştırma kapsamına alınan hastalarda ağrıya neden olan işlemlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.22.) %58.09'unun pansuman, %16.76'sının invaziv girişimlerde ve %12.57'sinin de hareket ettirilme durumunda ağrı belirttikleri saptanmıştır. Aslan'ın⁴¹ araştırmasında ameliyat bölgesinde direnlerin varlığının postoperatif ağrı şiddetini artırdığı tespit edilmiş, bu sonuç beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir, çünkü fiziksel aktivite, pansuman ya da özellikle cerrahi girişim bölgesindeki kasların hareketine yol açan tüm olaylar, direnlerin hareket etmesine ve buna bağlı ağrıya neden olacaktır.

Yine ağrıyı hafifleten uygulamalar incelendiğinde (Tablo 4.22.) hastaların %69.45'inin ağrı kesici, %12.66'sının ağrı kesiciyle beraber istirahat, %7.42'sinin pozisyon değişikliğiyle ağrılarının hafiflediğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bu sonuç hastaların büyük çoğunluğunun (%69.45) ağrıyla başetmede analjezik kullandıklarını, analjezik dışı yöntemlere başvuranların daha az olduğunu göstermektedir. Postoperatif akut ağrı kontrolünde ilaç dışı yöntemlerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada bireylerin %35.60'ının ağrıyla başetmede ilaç dışı yöntem kullandıkları tespit edilmiştir.⁴⁰

Ağrılı hastaların tıbbi yardım isteme durumlarına ilişkin olarak, Crook ve arkadaşları⁵⁹ ağrılı hastaların %75.00 oranında, Brattberg ve arkadaşları⁶⁰ ise %86.00 oranında tıbbi yardım talep ettiklerini belirlemişlerdir.

Puntillo ve Weiss⁶¹, 40 yaş üstü cerrahi hastalarının ağrılarını daha çok ilaçla geçirmek eğiliminde olduklarını ilaç dışı tekniklerle ağrı yönetiminde ise daha az istekli olduklarını ortaya çıkarmışlardır.

Bütün bu sonuçlar bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup, literatürlerde ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol altına alınabileceğine ilişkin bilgiler mevcuttur. Ignatavicius ve arkadaşları⁶² postoperatif akut ağrıda müziğin etkili olduğunu, Lindaman'da⁶³ terapotik dokunmanın ağrı algısını azalttığını belirlemişlerdir. Bizim bulgularımızda da çok düşük oranda (%1.31) olsa da müzik dinleyerek dikkati başka yöne çekmeyle ağrısının hafiflediğini belirten hastalar vardır.

Ağrı nedeniyle yapılamayan aktivitelerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.22.) hastaların büyük çoğunluğunun (%73.85) hareketsizlik ve solunum yetersizliği ifade ettikleri saptanmıştır. Bunu %19.50 ile hareket ve solunum yetersizliği ile uykusuzluk izlemektedir.

Ağrının hareketleri ve solunumu etkilediği ve bu tür aktivitelerin ağrıyı artıracağı korkusunu hastaların çoğunun yaşadığı klasik literatürlerde belirtilmektedir.³

Hastaların ağrı kesici istemek için ağrının şiddetlenmesini bekleyip beklememe durumunun dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.23.) %59.66'sı ağrılarının şiddetlenmesini beklediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada hastaların %65.00'i ağrı şiddetlendiğinde analjezik verilmesi gerektiğini belirtmişler, yine bir başka çalışmada da hastaların %70.00'inin analjeziği reddettikleri ortaya çıkarılmıştır.^{27,64} Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Bireysel özelliklere göre ağrı kesici istemek için ağrının şiddetlenmesini bekleyip beklememe durumu incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnuniyet duyma dereceleri incelendiğinde (Tablo 4.24.) %69.33'ü memnun olduklarını, %6.00'si ise hiç memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. 0-5 ve Prince Henry ağrı skalalarında ağrı şiddetinin ifadesine göre ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnuniyet duyma durumları arasında negatif bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($r = -0.206$ $t = 3.32$ $P < 0.005$, $r = -0.171$ $t = 2.71$ $P < 0.005$).

0-5 ve Prince Henry ağrı skalalarında ağrı şiddetinin ifadesine göre yapılan uygulamalardan memnuniyet duyma durumları arasındaki negatif ilişki her iki skalada da ağrı şiddeti azaldıkça memnuniyetin arttığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Hastaların bireysel özelliklerine göre yapılan uygulamalardan memnuniyet duyma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (yaş, $\chi^2 = 16.735$ $P > 0.05$, cinsiyet $\chi^2 = 1.782$ $P > 0.05$, öğrenim durumu, $\chi^2 = 20.866$ $P > 0.05$, meslek $\chi^2 = 22.374$ $P > 0.05$, yaşanılan yer $\chi^2 = 12.703$ $P > 0.05$, ameliyat deneyimi $\chi^2 = 5.314$ $P > 0.05$).

Amerikan Ağrı Topluluğu'nun ağrı yönetiminde hasta memnuniyetini gösteren çalışmasında ağrının ciddiyeti ve memnuniyeti arasında çok az ilişki olduğunu saptamış, yüksek ağrı skoru olan hastalarda bile yüksek memnuniyet düzeyinin varlığı ilginç bulunmuştur.⁶⁵

Hasta memnuniyeti ile ağrı arasındaki ilişkiyi Miaskowski ve arkadaşları⁶⁶ irdelemiş, hastaların verdikleri cevaplar incelendiğinde olayı dürüst ele almama, tarafsız cevap vermeme gibi durumların etkili olabileceği düşünülmüş olmasına rağmen, ağrı düzeyi yüksek olduğunda bile hastaların memnuniyet ifadeleri, memnuniyet düzeyi ile ağrı şiddeti arasında ilişki olmadığını göstermiştir. Bu nedenle ağrı yönetiminin etkinliğinde hasta memnuniyetini düşünmek doğru değildir sonucuna varılmıştır.

Bu araştırma sonucu, bizim bulgularımızla uyum göstermemektedir. Araştırma kapsamına aldığımız hastaların büyük çoğunluğunun (%80.00) görüşme anında hafif ve orta şiddetli, %12 gibi çok küçük bir grubun ise şiddetli ya da çok şiddetli ağrı ifade etmeleri nedeniyle bu sonuçların ortaya çıktığı düşünülebileceği gibi, soyut bir kavram olan ağrı ifadesinde rol oynayan sosyo kültürel faktörlerin de etkili olduğu söylenebilir.

Büyük hümanist Albert Schweitzer'in "İnsanlığın ölümden bile daha korkunç efendisi" olarak tanımladığı ağrı konusu gerek temel eğitimde, gerekse uygulamada ihmal edilen önemli bir hasta problemidir. Ağrının değerlendirilmesi ve izlenmesi

başarılı ağrı kontrolünün ön koşuludur. Bunu yerine getirerek tedaviyi yönlendirecek kişiler ise, ağrılı hastayı sürekli gözleme fırsatı olan ve optimum düzeyde postoperatif ağrı kontrolünde önemli yeri bulunan hemşirelerdir.^{43,67-69}

Bu noktadan hareketle hemşirelerin postoperatif dönemdeki ağrılı hastalara uyguladıkları hemşirelik girişimleri incelenerek araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelere ağrı konusunu merak edip etmedikleri sorulduğunda %61.40'ı merak ettiklerini, %38.46'sı ise merak etmediklerini ifade etmişlerdir. Karadeniz ve Atalay'ın¹⁰ yaptıkları bir araştırmada da hemşirelerin büyük çoğunluğu (%70.00) ağrı konusunu merak ettiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ağrı konusunu merak edip etmeme durumunun dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.26.), çalışma alanı, statü ve ameliyat ağrısı deneyimi ile aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P < 0.05$).

Hemşirelerden Ortopedi kliniğinde çalışanların %85.71'i Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışanların %23.08'i ağrı konusunu merak ettiklerini ifade etmişler ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 11.708$ $P < 0.05$).

Ağrı puan ortalaması yüksek olan hastaların Ortopedi kliniğinde olması daha fazla ağrılı hastayla çalışan Ortopedi kliniği hemşirelerinin de ağrıya karşı meraklı olduğunu düşündürülebilir.

Hemşirelerin statülerine göre ağrıyı merak edip etmeme durumları incelendiğinde servis sorumlu hemşirelerinin %87.50'si, servis hemşirelerinin %63.14'ü, yoğun bakım hemşirelerinin de %16.67'si ağrı konusunu merak ettiklerini belirtmişler, aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 7.424$ $P < 0.05$).

Bu sonuç, servis sorumlu hemşirelerinin ekip üyeleri, hastalar ve hasta yakınlarının kendilerinden beklentilerinin fazla olacağını düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Ameliyat ağrısı deneyimine göre ağrı konusunu merak etme durumları incelendiğinde, ameliyat ağrısı deneyimi olan hemşirelerin %16.67'si, olmayanların %67.39'u merak ettiklerini belirtmişler, sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 5.770$ $P < 0.05$).

Bilinmeyene karşı merak duygusunun bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Diğer bireysel özelliklerle ağrı konusunu merak edip etmeme arasındaki fark

istatistiksel olarak (mezun olunan okul $\chi^2= 5.755$ $P>0.05$, çalışma yılı $\chi^2= 0.209$ $P>0.05$, ağrı konusunda bilgi alma şekli $\chi^2= 2.553$ $P>0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hemşirelik Yüksekokulu mezunu hemşirelerin sayısının az olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

“Gereğinde” ağrı kesici uygulama kararının hemşirelere bırakılma durumu incelendiğinde (Tablo 4.27.) %94.23’ü bu kararın hemşirelere bırakıldığını, %5.77’si ise bırakılmadığını söylemişlerdir. Yine “gereğinde” ağrı kesici uygulama kararı hemşirelere bırakıldığında ne zaman uyguladıkları incelendiğinde (Tablo 4.27.) hemşirelerin %48.98’i ağrı şiddetlendiğinde, %32.65’i başladığında ağrı kesici uyguladıklarını ifade ederlerken, %18.37’si bu soruya cevap vermemişlerdir.

Karadeniz ve Atalay’ın¹⁰ yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin hastanın her ağrısı olduğunda ağrı kesici vermenin gerekli olup olmadığına ilişkin incelemelerinde, hemşirelerin %90.70’i gereksiz şekilde ifade etmişler, başka bir çalışmada da⁷⁰ hemşirelerin %25.00’i hastalara analjezik miktarının minimal düzeyde verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Yine Olgun ve Aslan’ın⁷⁰ yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin varolan ağrıya yaklaşımlarında, analjezik ilaç verme %25.50, beklenen ağrıya düzenli analjezik verme %70.10 olarak bulunmuştur.

Puntillo ve Weiss⁶¹, hastanın gözle görülür şikayeti yoksa “gereğinde” verilmesi gereken analjezikleri sağlık personelinin daha düşük oranda verdiklerini, Owen ve arkadaşları⁷¹ da hastaların 2/3’ünün ağrıları şiddetlenirse ağrı kesici isteyeceklerini belirttiklerini, sağlık ekibinin de aynı eğilimde olup, ilacı vermeden ağrının şiddetlenmesini beklediklerini saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada da postoperatif hastalarda analjezik vermek için hemşirelerin %25.00’inin ağrının şiddetlenmesini, %32’sinin de hastanın ağrı kesici istemesini beklediği saptanmıştır⁴. Bir başka çalışmada da hemşirelerin 1/3’ünün hastaların analjezik istemeleri için bekledikleri belirtilmiştir.⁶⁹

Organizma üzerinde birçok olumsuz etkisi olan ağrıda önceden önlem alınması ve böylece hastanın gereksiz ağrı çekmesinin önlenmesi istenilen bir yaklaşımdır. Bizim bulgularımızı destekler nitelikte olan bulguların varlığı yaygın biçimde varolan postoperatif analjezik kullanımıyla ilişkili, solunum depresyonu ve ilaç bağımlılığı riskini düşündüren yanlış bir inanıştan kaynaklanıyor olabilir. Bu, hemşirelerin reçete

edilen analjeziğin hem miktarı, hem de sıklığında daha az uygulamalara neden olur ki, bu sonuçlar birçok hastada ağrının optimum düzeyde tedavisini engelleyebilir.^{24,47,69}

Hemşirelerin ağrısı olduğunu söyleyen hastalara her zaman inanıp inanmama durumları ve nedenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.28.) %69.23'ü inanmadıklarını, %30.77'si inandıklarını belirtmişler, inanma nedenlerini hemşirelerin %68.75'i postoperatif ağrıya olağan karşılama şeklinde açıklarken, %31.25'i yorum yapamamıştır. İnanmama nedenlerini ise %94.44'ü ağrının psikolojik kökenli olması biçiminde ifade etmiş, %5.56'sı ise yorum getirememiştir.

Ağrının tanı ve tedavisi için objektif veriler olmaması nedeniyle bakım ekibi de hastaların ağrılarını, kendi ağrı, inanç ve deneyimlerine göre değerlendirme eğilimindedirler.⁸ Ağrı hisseden kişiye inanmak, ağrıyı değerlendirmede ve ağrıyla başetmede çok önemlidir.⁷² Subjektif bir duyu olan ağrının değerlendirilmesinde en önemli gösterge, hastanın söyledikleridir.⁷⁰

Klinik uygulamalarda hastanın ağrı yakınmasını kabul etmek ve yardımcı olmak profesyonel bir sorumluluktur. Sağlık görevlileri, her söylenen ağrıya inandıklarında kandırılacakları korkusunu yaşadıkları için ağrıya bu yaklaşımın kabulü güç olmaktadır. Gerçekten de kandırılabilirler ancak ağrısı olmadığı halde ağrısı olduğunu söyleyen hasta oranı sadece %1.00 - 2.00'dir.⁴

Olgun ve Aslan'ın⁷⁰ yaptıkları bir araştırmada hemşirelerin %31.30'u ağrı tanılmasında en güvenilir göstergenin patoloji varlığı olduğunu belirtirlerken, %20.30'u fizyolojik bulguların, %13.30'u da hastanın ifadesinin önemliliğini vurgulamışlardır.

Seers'in⁷³ araştırmasında da hemşirelerin postoperatif ağrı oranlarının sürekliliğini hastalardan daha düşük ifade ettikleri saptanmıştır. Bulgularımız, sözü edilen araştırma bulguları ve sağlık personelinin postoperatif ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu ve çekilmesi, dayanılması gerektiği şeklinde düşündüklerini belirten klasik literatür bilgisiyle³³ uyum göstermektedir.

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre gereğinde ağrı kesici uygulama zamanının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.29.) çalışma alanlarına göre, Üroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin %16.67'si , Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %30.76'sı, Genel Cerrahide çalışanların %38.46'sı Ortopedi kliniğinde çalışanların %57.14'ü ve Beyin Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin

%84.62'si "gereğinde" ağrı kesici uygulamak için ağrının şiddetlenmesini beklediklerini ifade etmişler ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 20.313$ $P < 0.05$).

Diğer bireysel özelliklerle "gereğinde" ağrı kesici uygulama zamanı karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak (mezun olunan okul $\chi^2 = 0.62$ $P > 0.05$, çalışma yılı $\chi^2 = 2.696$ $P > 0.05$, statü $\chi^2 = 2.778$ $P > 0.05$, okulda bilgi alma şekli $\chi^2 = 4.832$ $P > 0.05$, ameliyat ağrısı deneyimi $\chi^2 = 3.289$ $P > 0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hemşirelerin hastaların ağrısı tanımlama ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katılıp katılmamaları konusundaki düşüncelerinin ve nedenlerinin dağılımları incelendiğinde (Tablo 4.30.) %69.23'ü katılsın, %30.77'si ise katılmasın ifadesini kullanmışlardır. Katılmasın diyenlerin %75.00'i nedenini açıklayamazken, %25.00'i de hastaların ağrısı abartabileceklerini ifade etmişlerdir. Katılsın diyenlerin de %36.12 gibi büyük çoğunluğu nedenine yönelik yorum getiremezken, %27.78'i ağrının nedeninin ortaya çıkarılacağını, %25.00'i iyileşmeyi hızlandıracığını bu yüzden hastaların ağrı tanımlama ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katılmalarının gerekliliğini belirtmişlerdir.

Bulgularımızda hemşirelerin çoğunluğunun (%69.23) bakımın planlanmasında hastaların katılımının sağlanması yönündeki düşünceyi destekledikleri ancak nedenini açıklayamadıkları görülmekte, bu da soruya verdikleri cevabın objektif olmadığını ve bu konudaki bilgilerinin yetersizliğini düşündürmektedir.

Hastaların katılımını onaylayıp nedenine yönelik soruyu cevaplayan hemşireler içerisinde %25.00'inin iyileşmeyi hızlandırır şeklindeki ifadeleri, Olgun ve Aslan'ın⁷⁰ araştırmalarında etkili ağrı kontrolünün yararlarının nedenleri sorulduğunda %27.00 oranında iyileşmeyi hızlandırır ifadesi ile paralellik göstermektedir.

Son yıllarda sağlık bakım sisteminde hastanın görüşü temel alınmakta, tedavinin etkinliği düşünüldüğünde de bu nokta önemli olmaktadır. Ağrılı hastanın bakımı planlanırken, plan hasta ile birlikte yapılmalı ve bakıma katılımları sağlanmalıdır. Ağrısı olan hastadır, bakım verenler değildir. Birçok hemşire postoperatif ağrının kontrolsüz azalabileceğine inanır, hemşirelerin inançları böyle devam ettikçe, ağrı kontrolü yetersiz olacaktır.^{4,65,69}

Hemşirelerin ağrı tanılamada ölçek ve ağrı izlem formu kullanıp kullanmama durumları araştırıldığında ise hiçbir klinikte hiçbir hemşirenin ölçek ve ağrı izlem formu kullanmadıkları saptanmıştır.

Olgun ve Aslan'ın⁷⁰ araştırmalarında da hemşirelerin ağrı tanılamasında en güvenilir gösterge olarak ölçek kullanma oranları %19.60 olarak saptanmıştır.

Ağrının giderilmesi ve kontrolünde birinci adım tanılamadır. Subjektif olan ağrıyı objektif ve ölçülebilir hale getirmede en önemli araç ağrı ölçekleridir. Ayrıca ağrının bireysel yapısı ve onu ifade etme çeşitliliği ağrı tanılamasını güçleştirdiğinden bu güçlüğü yenme yollarından biri ağrı tanılama (izlem) formu kullanmaktır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %78.85'inin hastalarda ameliyat sonrası ağrı belirtilerini izledikleri saptanmış, bireysel özelliklere göre postoperatif dönemdeki ağrıyı izleme durumu incelendiğinde (Tablo 4.31.) çalışma alanlarıyla postoperatif ağrıyı izleme durumları karşılaştırıldığında çalışma alanlarına göre Genel Cerrahi ve Ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerin hepsi Üroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin %83.33'ü Beyin Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin de %38.46'sı ağrıyı izlediklerini belirtmişler, kliniklere göre ağrıyı izleyip izlememe durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2= 18.409$ $P<0.05$).

Diğer bireysel özelliklerle karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel yönden (mezun olunan okul $\chi^2= 2.480$ $P>0.05$, çalışma yılı $\chi^2= 4.648$ $P>0.05$, statü $\chi^2= 1.827$ $P>0.05$, çalışılan shift $\chi^2= 1.412$ $P>0.05$, okul yıllarında ağrı konusunda bilgi alma şekli $\chi^2= 0.680$ $P>0.05$, ameliyat ağrısı deneyimi $\chi^2= 0.082$ $P>0.05$) önemsiz bulunmuştur.

Hemşirelerin hastalarda izledikleri ağrı belirtilerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.32.) %42.86'sı yorum getiremezken, %47.62'si sözel davranışsal ifade şeklinde yorum yapmışlardır.

Hemşireler ağrıyı değerlendirmede sıklıkla kendi kararlarını uyguladılar, fiziksel ve davranışsal işaretlere güvenirler ki bu durum akut ağrıda bazen aldatıcı olabilir.⁷² Puntillo ve Weiss⁶¹ hemşirelerin genellikle hastanın davranışsal tepkilerine göre ağrılarının değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Yine Olgun ve Aslan⁷⁰ "Hemşire ve Hekimlerin Ağrıya Yaklaşımları" konulu araştırmalarında hemşirelerin %37.40'ının hastanın sözel ifadesi, %48.40'ının hastanın davranışsal ifadesiyle ağrıyı

değerlendirdiklerini saptamışlardır. Sözü edilen klasik literatür bilgisi ve araştırmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.^{70,72}

Hemşirelerin preoperatif dönemde, postoperatif ağrıyla başetmeye yönelik eğitim yapıp yapmama durumları, eğitim konuları ve eğitim yapmama nedenleri incelendiğinde (Tablo 4.33.) %76.92'sinin eğitim yapmadığı belirlenmiş, eğitim yaptığını söyleyen hemşirelere (%23.08) yaptıkları eğitim konuları sorulduğunda %33.33'ü cevap verememiş, %25.00'i hareketsizliği önerdiklerini, %16.67'si ise uygun pozisyona yönelik eğitim yaptıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim yapmama nedenleri sorulduğunda da %47.50 gibi büyük bir çoğunluk yorum getirememiş, %17.50'si zamanlarının, %15.00'i de bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %7.50'si uygulamada böyle birşeyin olmadığını ifade ederken, %5.00'i de eğitimi gereksiz bulduklarını açıklamışlardır.

Hemşirelerin %67.31'i ağrısı olan hastalarda ilaç dışı yöntem uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ağrısı olan hastalarda uygulanan ilaç dışı yöntemler araştırıldığında (Tablo 4.34.) hemşirelerin %54.28'inin psikolojik destek verdiği, %42.85'inin masaj, sıcak, soğuk uygulama yaptığı, %8.57 gibi küçük bir grubun da nedeni ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalarda bulunduğu belirlenmiştir.

Psikolojik destek olmanın ilk sırayı aldığı (%36.53) bulgularımızda hemşirelerin hastaya psikolojik yaklaşımı önemsemeleri önemli bir bulgudur. Karadeniz ve Atalay'ın¹⁰ yaptıkları bir çalışmada da hemşirelerin ağrısı olan hastaya öncelikle neler yapılması gerektiği konusundaki bilgilerin dağılımı incelendiğinde, psikolojik destek olmanın %62.10 ile ilk sırayı aldığı görülmektedir. Hemşirelerin ağırlıklı olan psikolojik destek olma yanıtları literatür bilgisiyle uyum içerisindedir.¹⁰

Aslan'ın⁷⁴ ilaç dışı yöntemlerden masaj, gevşeme ve soğuk uygulamanın postoperatif akut ağrıyı kontrol altına almadaki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, ağrı puan ortalamaları uygulama grubunda daha düşük belirlenmiş ve ilaç dışı yöntemlerin etkinliği ortaya konmuştur.

Ağrının giderilmesinde hemşirelik yaklaşımının ilaç uygulamasından daha etkili olduğunu tespit edilmiştir.¹⁰

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ağrısı olan hastalara ilaç dışı yöntem uygulama durumları ve uygulanan yöntemler karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($P>0.05$).

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre okul yıllarında ağrı konusunda bilgi alma şekillerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.35.) mezun olunan okul ile bilgi alma şekli arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2= 1.756$ $P>0.05$).

Yine hemşirelerin minör ameliyat geçiren hastalarla majör ameliyat geçiren hastaların ağrısına yaklaşımlarının aynı olup olmadığı incelendiğinde %84.62 gibi büyük bir çoğunluğun yaklaşımlarının aynı olmadığı saptanmıştır.

Genel majör cerrahide ilk ağrı minör girişimlerden daha uzun sürmekle birlikte, birçok minör ameliyatta majör ameliyatlar sonrası görülen ağrıya eşdeğer şiddette ağrı olmaktadır. Oysa hemşireler ağrıyı işlem ya da operasyonun tipine göre değerlendirmektedirler. Minör ameliyat geçiren hastanın ağrısı azımsanırken, daha komplike bir ameliyat geçiren hastanın ağrısı üzerinde daha çok durulur. Genellikle ağrı giderme önlemleri hastanın değil, hemşirenin ağrıyı ne şiddette algıladığına bağlıdır ki, bu literatür bilgileri bulgularımızı desteklemektedir.^{4,8,69}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Cerrahi kliniklerinde yatan postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin postoperatif ağrıya yönelik uyguladıkları hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonuçlarına göre; araştırma kapsamına alınan 300 hastanın %64.33'ünün erkek, %26.33'ünün 56-65 yaş grubunda, %83.33'ünün evli, %37.00'sinin ilköğretim mezunu, %63.00'ünün ameliyat deneyimi olduğu, %58.00'inin şehirde yaşadığı ve %63.32'sinin batındışı, %31.68'inin batınıçi operasyon geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Hastaların %93.67'si görüşme anında ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir. Kadın hastaların %99.07'si, erkeklerin %90.67'si ağrı tanımlamışlar ve aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Hastaların %48.00'i ameliyat sonrası dönemde durumlarıyla ilgili endişe duyduklarını, endişe duyan hastaların tamamı, endişe duymayanların ise %87.82'si ağrı tanımlamışlar, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Hastaların %81.14'ü ameliyatlarının birinci gününden, %11.03'ü ikinci gününden, %7.83'ü üçüncü gününden beri ağrı tanımlamışlar, ağrı tanımlayan hastaların %65.48'i tek bölgede, %34.52'si birden fazla bölgede, ağrı şikayeti olan hastaların %61.57'si ağrılarının aralıklı, %38.43'ü sürekli olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.4.).

Hastaların %21.00'i görüşme anındaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olduğunu, %79.00'u o andaki ağrılarının en şiddetli ağrıları olmadığını söylemişler ve aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Hastaların ağrıyı sözcüklerle tanımlamaları istendiğinde %50.18'i yanma-sızı, %14.23'ü batma sözcükleriyle ifade etmişlerdir (Tablo 4.6.).

Üroloji kliniğindeki hastaların %80.85'i, Beyin Cerrahisi kliniğindeki hastaların %44.90'ı tek bölgede, Ortopedi ve Travmatoloji kliniğindeki hastaların %88.41'i, Beyin Cerrahisi kliniğindeki hastaların %69.39'u ameliyatlarının birinci gününden itibaren ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Üroloji kliniğindeki hastaların %34.04'ü Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğindeki hastaların da %3.57'si ağrılarının en şiddetli ağrıları olduğunu ifade etmişler, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.7.).

Ameliyat deneyimi olan hastaların %84.66'sı, olmayan hastaların %74.29'u ağrı şiddetinde azalma olduğu yönünde değişiklik belirtmişler, aradaki farkın önemli olduğu ($P<0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.8.).

Hastaların %54.00'ü ağrı şiddetinde gündüz ve gece değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Cinsiyet ve öğrenim durumuna göre, gündüz ve gece ağrı şiddeti arasındaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.9.).

Tek bölgede ağrı tanımlayan hastaların %85.71'i birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastaların %69.64'ü gece ağrılarının arttığını belirtmişler, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.10.).

Üroloji kliniğinde yatan hastaların %96.77'si, Beyin Cerrahisi kliniğinde yatan hastaların %60.87'si ağrılarının gece daha şiddetli olduğunu ifade etmişler, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.11.).

Hastaların %43.67'si 0-5 ağrı skalasında, %54.67'si ise Prince Henry ağrı skalasında hafif, %1.00'i 0-5 ağrı skalasında, %1.67'si de Prince Henry ağrı skalasında çok şiddetli ağrı tarif etmişlerdir (Tablo 4.12.). 0-5 ağrı skalası ve Prince Henry ağrı skalası arasında pozitif ilişki saptanmış ($r=0.144$) korrelasyon katsayısı önemli ($t=2.44$ $P<0.001$) bulunmuştur.

Hastalardan okur yazar olmayanlarda, 0-5 ağrı skalasında 1.980 ± 0.829 , yükseköğretim mezunu olanlarda 1.583 ± 0.717 ağrı puan ortalamaları saptanmış, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.13.).

Prince Henry ağrı skalasında kadın hastalarda 1.384 ± 0.666 , erkek hastalarda 1.588 ± 0.864 , bekarlarda 1.769 ± 0.986 , evlilerde 1.444 ± 0.730 ağrı puan ortalamaları saptanmış, cinsiyet ve medeni duruma göre aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.15.).

Prince Henry ağrı skalasında Ortopedi ve Travmatoloji kliniğindeki hastalarda 2.000 ± 0.964 , Üroloji kliniğinde yatan hastalarda ise 1.231 ± 0.667 ağrı puan ortalaması saptanmış, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.16.).

0-5 Ağrı skalasında tek bölgede ağrı tanımlayan hastalarda 1.624 ± 0.749 , birden fazla bölgede ağrı tanımlayan hastalarda 1.806 ± 0.664 ağrı puan ortalaması belirlenmiş, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.17.).

Kadın hastaların %77.57'si, erkeklerin %43.52'si, okuryazar olmayanların %82.69'u, yükseköğretim mezunlarının %52.00'si, ev hanımlarının %77.55'i, emeklilerin %38.10'u bazı işlemlerin ağrıyı artırdığını ifade etmişler, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleğe göre aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.21.).

Hastaların %55.67'si kendilerine yapılan bazı işlemlerin ağrıya neden olduğunu, %78.16'sı ağrılarının bazı uygulamalarla hafiflediğini, %80.60'ı ağrı nedeniyle yapamadıkları aktivitelerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların %58.09'u pansumanın ağrıya neden olduğunu, %69.45'i ağrıkesicilerin ağrılarını hafiflettiğini, %97.00'si ağrı yüzünden rahat solunum yapmada zorlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.22.).

Hastaların %59.66'sı ağrı kesici istemek için ağrılarının şiddetlenmesini beklediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.23.).

Hastaların %69.33'ü ağrıları olduğunda yapılan uygulamalardan memnun olduklarını, %6.00'si ise hiç memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.24.).

Hemşirelerin %55.77'sinin Sağlık Meslek Lisesi, %34.62'sinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, %9.62'sinin Hemşirelik Yüksekokulu mezunu oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin %71.15'inin 1-3 yıl arası, %5.77'sinin 10 yıldan fazla, %15.38'inin servis hemşiresi, %11.54'ünün yoğun bakım hemşiresi olarak %69.23'ünün 16-08 şifinde çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %57.69'u ağrıya ilgili bilgileri öğrenim dönemlerinde diğer konular içinde alırken, %5.77'sinin hiç bilgi almadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %88.46'sının ameliyat ağrısı deneyimi olduğu, %11.64'ünün ise olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.25.).

Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin %85.71'i Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %23.08'i, servis sorumlu hemşirelerinin %87.50'si, yoğun bakım hemşirelerinin %16.67'si, ağrı deneyimi olanların %16.67'si, olmayanların %67.39'u ağrı konusunu merak ettiklerini ifade etmişler, çalışma alanı, statü ve ağrı deneyimine göre aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.26.).

Hemşirelerin %94.23'ü "gereğinde" ağrı kesici uygulama kararının kendilerine bırakıldığını ifade ederlerken, %48.98'i, "gereğinde" ağrıkesiciyi ağrı şiddetlendikten sonra uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.27.).

Hemşirelerin %69.23'ü hastaların ağrılarına her zaman inanmadıklarını ve inanmama nedeni olarak da %94.44'ü ağrının psikolojik olmasını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %30.77'si hastaların ağrılarına her zaman inandıklarını, neden olarak da %68.75'i postoperatif ağrıyı doğal karşıladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.28.).

Hemşirelerden Beyin Cerrahisi kliniğinde çalışanların %84.62'si, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde çalışanların %46.15'i "gereğinde" ağrıkesiciyi ağrı şiddetlendiğinde uyguladıklarını belirtmişler, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.29.).

Hemşirelerin %30.77'si hastaların ağrı tanımlamada hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katılmalarının gerekli olmadığını, %69.23'ü katılmalarının gerekli olduğunu belirtmişler, katılsın diyenlerin %36.12'si, katılmasın diyenlerin %75.00'i nedenini açıklayamamışlardır (Tablo 4.30.).

Beyin Cerrahisi kliniğinde çalışan hemşirelerin %38.46'sı ağrı belirtilerini izlediklerini ifade etmişlerdir. Kliniklere göre, ağrı belirtilerini izleme durumu arasındaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.31.).

Hemşirelerin %47.62'si hastalarda sözel-davranışsal belirtileri, %2.38'i solunum sıkıntısı ve çarpıntı gibi fizyolojik belirtileri izlediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.32.). Hemşirelerin hiçbirinin ağrı tanılamada ölçek ve ağrı izlem formu kullanmadıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin %23.08'i preoperatif dönemde postoperatif ağrıyı hafifletmeye yönelik eğitim yaptıklarını ifade etmişler, %33.33'ü yaptıkları eğitim konularını ve eğitim yapmadığını söyleyen hemşirelerin %47.50'si eğitim yapmama nedenlerini açıklayamamışlardır (Tablo 4.33.).

Hemşirelerin %54.28'i ağrısı olan hastalarda ağrı gidermek için ilaç dışı yöntem olarak psikolojik destek olmayı ifade ederlerken, %8.57'si nedeni ortadan kaldırmaya yönelik uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.34.).

Hemşirelerin %84.62'sinin majör ve minör ameliyat geçiren hastaların ağrılarına yaklaşımlarının aynı olmadığı saptanmıştır.

Ağrı çok boyutlu, karmaşık, psikofizyolojik bir fenomendir ve nedeni ne olursa olsun gerçektir. Sistematik çok boyutlu bir değerlendirmede ağrıyı hafifletmek için etkin bir plan ve profesyonel yaklaşım esastır. Bu yaklaşıma ulaşabilmek için çalışmamız sonucunda getirdiğimiz öneriler şu şekildedir:

- *Profesyonel yaklaşım için ağrının tanımlanması, bunun için de kliniklerde ağrı izlem ve tanılama formlarının kullanılması gerekir. Böylece ağrının daha objektif değerlendirilmesi sağlanarak hastalara daha fazla yardımcı olunacaktır.*

- *Hastalarda postoperatif ağrıyı artıran endişe duygusunu en aza indirmek için psikolojik desteğe önem verilmelidir.*

- *Hastalara preoperatif dönemde ağrıyla başedebilmeleri için eğitim yapılmalıdır.*

- *Ağrı tedavisini olumsuz etkileyen bireysel yaklaşımlar ve yanlış kavramlar eğitim programları ile düzeltilmelidir.*

- *Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı konusunda meraklı olmaları nedeniyle, postoperatif ağrı kontrolünü en yüksek düzeyde sağlayabilmeleri için hizmet-içi eğitim programlarıyla ağrı ve ağrılı hastaya yaklaşım, profesyonel olarak ele alınmalıdır.*

- *Hemşirelik hizmetlerinin yetersizliği; doğru ağrı bilgisini yansıtan müfredat programlarının eksikliği, teorik ve uygulamadaki farklılıklara bağlanmaktadır. Bu nedenle müfredat programlarında hemşirelik kavramları içinde ağrı konusu ve ağrılı hastaya yaklaşımda non-farmakolojik yöntemler ağırlıklı olarak yer almalıdır.*

- *Hemşireler, hasta ile daha uzun zaman geçirdiklerinden ağrı kontrolinde anahtar rol almaları sağlanmalıdır.*

- *Hastaların ağrılarını tanımlayabilmeleri için kullandığımız iki ayrı ağrı skalası arasında pozitif bir korrelasyon olmakla birlikte bazı bireysel özelliklerde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle hastaların, ağrı şiddetlerini dolaylı olarak belirleyen Prince Henry ağrı skalası ile 0-5 ağrı skalası arasındaki pozitif korrelasyonun doğruluğunu saptamak için daha kapsamlı hasta grubuyla tekrar çalışılması önerilebilir.*

KAYNAKLAR

- 1.Cimete G. Ağrı kavramı, Türk Hemşireler Dergisi 1994; 44 (5.6): 42-45
- 2.Luckman J., Sorrensen KC. Medical Surgical Nursing: Pain basic concepts and intervention. Philadelphia: WB sounders company, 1987: 174-300.
- 3.Yücel A. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA): Postoperatif ağrının sistemler üzerine etkisi. İstanbul: Ufuk Reklamcılık ve Matbaacılık, 1997: 8-24.
- 4.Kocaman G. Ağrı - Hemşirelik Yaklaşımları: Postoperatif ağrı. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık, 1994: 175-196.
- 5.Akbaba G. Şiddetli ağrıya cerrahi bir yaklaşım ağrıyı güçsüz bırakmak. Bilim ve Teknik 1998; 31 (362): 78-81.
- 6.Aslan F E, Ağrı yönetimi. Editör Şelimen D. Acil Bakım. İstanbul: Çevik Matbaası, 1998: 381.
- 7.Rosdahl C. Textbook of Basic Nursing: Patient comfort and pain management. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995: 610-616.
- 8.Kocaman G., Karayurt Ö. Postoperatif ağrının hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi. Ulusal Cerrahi Kongresi 92. 1992: 1-7.
- 9.Kanan N. Cerrahide ağrı, Editör Aksoy G. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 10, 1998: 11-18.
- 10.Karadeniz G., Atalay M. Hemşirelerin ağrıya ve ağrısı olan hastalara yaklaşımları konusunda bilgilerinin saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir 1990: 539-548.
- 11.Türkoğlu M. Ağrı tanımlaması ve ölçümü. Editör Yegül İ. Ağrı ve Tedavisi. İzmir: DEVA Holding A.Ş. 1993: 19-27.
- 12.Potter A., Perry G. Basic Nursing Theory and Practice: Protection, safety and comfort needs. St. Louis: Mozby-Year Book. 1995: 742 - 755. **"Alınmıştır"**
Herr KA, Mobily PR. Complexities of pain assessment in the elderly J. Gerontol Nurs 17 (4): 12, 1991.
- 13.Brunner L, Suddarth D. Textbook of Medical-Surgical Nursing: The person experiencing pain. Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1988: 242-261.
- 14.Erdine S. Sinir Blokları. İstanbul: Emre Matbaacılık, 1993: 25-33.

- 15.Kanan N. Preoperatif Eğitimin Postoperatif Ağrı Algılanmasına Olan Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı İstanbul 1985.
16. Apaydın Ş., Yegül E. Ağrı Nörofizyolojisi. Galenos 1997; 1(5): 4-5.
- 17.Ayres SM. Textbook Of Critical Care: Acute pain in the intensive care unit. Philadelphia: WB. Saunders Company, 1995: 1486-1488.
- 18.Esener Z. Klinik Anestezi: Ağrı fizyolojisi. Samsun: Logos Yayıncılık Çiftay Matbaası, 1991: 647-670.
- 19.Ready LB, Edwards WT. Management of Acute Pain: A Practical Guide: Adult postoperative pain. international association for the study of pain. Seattle 1992: 1-25.
- 20.Stein A.M, Miller JC. NCLEX-RN™ Review: Pain. Acute. Washington: Delmar Publishers. 1997: 143-146.
- 21.Donovan MI. Acute pain relief. Nursing Clinics of North America 1990; 25 (4): 851-861.
- 22.Yücel A. Travma ve ağrı. Sendrom 1993; 5 (9): 35-39.
- 23.Carr E. Factors influencing the experience of pain. Nursing Times 1997;93 (39):53-54.
- 24.“Alınmıştır” Wallace LM. Surgical patients expectations of pain and discomfort: does accuracy of expectations minimise post – surgical pain and distress. Pain 1985; 22: 363 – 373.
25. Puntillo AK, Wilkie DJ. Assessment of pain in the critically ill. In Puntillo KA, ed. Pain In The Critically Ill Assessment And Management. Maryland: Aspen Publishers, 1991: 45-64.
26. Güzeldemir E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom 1995; 7(6): 11-16.
- 27.Smith N. Pain control pain ratings the fifth vital sign. AJN 1998; 97 (2): 15-16.
- 28.Pasqualucci A, Angelis VD, Contrado R, et al. Preemptive analgesia: intraperitoneal local anesthetic in laparoscopic cholecystectomy. Anesthesiology 1996; 85 (1): 11-20.
- 29.Christine L. Pain control using the faces scale to assess pain. AJN 1997; 97 (7): 19.
- 30.Cristoph SB. Pain in the postoperative patient. In Puntillo KA, ed. Pain in the Critically Ill Assessment and Management, Maryland: Aspen publishers, 1991: 211-221.

30. Swearingen PL, Hicksken J. Manual of Critical Care Nursing Pain, Philadelphia 1995: 66-78.
31. Carr E. Myths and fears about pain-relieving drugs. Nursing Times 1997; 93 (40): 4-5.
32. Uyar M. Postoperatif ağrı tedavisi. Galenos 1997; 1 (5): 87-93.
33. Yegül İ. Postoperatif ağrı ve tedavisi. Editör Yegül İ. Ağrı ve Tedavisi. İzmir, DEVA Holding A.Ş. 1993: 249.
34. Karadeniz G. Hastanızın ağrısını ilaç kullanmadan nasıl azaltabilirsiniz ? Hemşireler ve Öğrenci Hemşireler İçin Rehber Kitapçık. Manisa: Emek Matbaacılık, 1997; 12.
35. Latham J. Pain the role of the nurse. Published IN Nursing Times 1995; 91(37):5-8.
36. Faucett J. Care of the critically ill patient in pain the importance of nursing. In Puntillo KA, ed. Pain in the critically Ill Assessment and Management. Maryland: Aspen publishers, 1991: 115-135.
37. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etiket Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, 1997: 286-287.
38. Jess W. Acute abdominal pain. Nursing 93, September 34-37.
39. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V. Biyoistatistik Ankara: Özdemir Yayıncılık 1995: 76-87, 156-174, 188-192.
40. Aslan E F, İşsever H, Özyalçın S, Işık E. Ağrı ile başetmede bireysel yaklaşım ve toplumsal eğilim. Ağrı Dergisi 1991; 9 (4): 11-16.
41. Aslan F E. Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. Hemşire 1997; 44 (6):3-8.
42. Taenzer P. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. Pain 1988; 24: 331-342.
43. Kocaman G. Karayurt Ö. Ağrı kontrolünde yaş faktörünü inceleyen bir araştırma. Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Kitabı. Ankara 1995: 199-203.
44. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların aksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (1): 20-26.
45. Pektekin Ç. Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin ölçülüp değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni 1992; 25 (5): 39-40.
46. Seers K. Factors affecting pain assessment. Professional Nurse 1988; 3 (6): 201-206

47. Gumley V. Nurses attitudes towards management of pain .Nursing Times 1994; 90 (43): 40-43.
- 48.Elbaş ÖN. Kalp cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Editörler Erdil F. Elbaş ÖN. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara 72 Tasarım - Ofset LTD Şti. 1997: 297-334.
- 49.Erdil F. Ürogenital sistem cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Editörler Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: 72 Tasarım-Ofset LTD Şti. 1997: 370-432.
- 50.Cohen FL. Post surgical pain relief patients status and nurses medication choices. Pain 1980; 9 (2): 265-274.
- 51.Kuhn S, Cook K, Collins M. et al. Perceptions of pain after surgery. British Medical Journal 1990; 300: 1687-1690.
- 52.Zalon M. Nurses assessment of postoperative Patients pain Pain 1993; 54: 329-334.
- 53.“Alınmıştır” Miaskowski C., Nichols R, Brody R. et al. Assessment of patient satisfaction utilising the American Pain Society’s quality assurance standarts on acute and corcer related pain Journal of pain and symptom Management 1994; 9: 1,5-11.
- 53.Mc Caffery M, Ferrell B. Patient age does it affect your pain control decisions? Nursing 1991; 21 (9): 16-20.
- 54.Villarvel A.M, Montellano B.O. Culture and pain: a mesoamerican perspective. Advanced Nursing Science 1992; 15 (1): 21-32.
- 55.Von Korff M, Workin S, Le Resche L, et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain 1988; 32: 173-183
- 56.Benedits G, Lorenzetti A, Pierr A. The role of stress full live events in the onset of chronic primary headache. Pain 1990; 4: 65-67.
- 57.Bernardo NG, Dimsdale J.E, Rollnik J.D. et al. The effect of ethnicity on prescriptions for patient controlled analgesia for post-operative pain. Pain 1996; 66: 9-12.
- 58.İşsever H, Aslan F, Özyalçın S ve arkadaşları. Bireylerin yaşadıkları bölgeler ve ağrı ile başetme yöntemleri arasındaki ilişki. Ağrı 1998; 10 (2): 42-60.
- 59.Crook J, Rideout E, Browme G. The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984; 18: 299-314.

- 60.Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. *Pain* 1989; 37: 215-222.
- 61.Puntillo K, Weiss SJ. Pain its mediators and associated morbidity in critical ill cardiovascular surgical patients. *Nursing Research* 1994; 43 (1): 31-35.
- 62.Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. *Medical Surgical Nursing* philadelphia. WB Saunders Company 1995: 125-127.
- 63.Lindaman C. Talking to physicians about pain control *AJN* 1992; 49-55.
- 64.Owen H, Mc Millan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy a survey of patients expectations and their experiences. *Pain* 1990; 41: 303-307.
- 65.Carr E. How to improve pain management practices. *Nursing Times* 1997; 93 (42): 52-53.
- 66.Miaskowski C, Nichols R, Brody R. et al. Assessment of patient satisfaction utilising the american pain society's quality assurance standards on acute and cancer related pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994; 9 (1): 5-11.
- 67.Göğüş Y. Ağrı ve tıbbın çaresizliği. *Cumhuriyet Bilim Teknik* 1987; 25, 8-9.
- 68.Kocaman G, Karayurt O, Özmen D. Hizmet içi eğitim hemşirelerin ağrı kontrolü davranışlarına etkisinin incelenmesi. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi, 1997: 210-215.
69. Halingworth H. No gain. *Nursing Times* 1994; 90 (1): 24-27.
70. Olgun N, Aslan F E. Hemşire ve hekimlerin ağrıya yaklaşımları. *Ağrı* 1998; 10 (1): 32-36.
- 71.Owen H. et al. Postoperative paintherapy: A survey of paitents expectations and their experiences. *Pain* 1990; 41.
- 72.Carr E. Assessing pain a vital part of nursing care. *Nursing Times* 1997; 93 (38): 46-48.
- 73.Seers K. Perceptions of pain. *Nursing Times* 1987; 33: 48-37.
- 74.Aslan F. Gevşeme teknikleri soğuk uygulama ve masaj ile postoperatif ağrı kontrolü. V. Ulusal Hemşirelik Kongre Bildirisi 1997, İzmir.

EK-I
HASTA ANKET FORMU

1. Yaş :.....
2. Cinsiyet
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Öğrenim durumu
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim
☐ Ortaöğretim ☐ Yükseköğretim
4. Meslek
☐ İşsiz ☐ Ev hanımı ☐ Memur
☐ İşçi ☐ Serbest meslek
5. Medeni durum
☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul
6. Çocuk sayısı :.....
7. Yaşanılan yer
☐ İl ☐ İlçe ☐ Kasaba ☐ Köy
8. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
9. Şimdiki ameliyatınız nedir :
10. Ameliyatınızın kaçınıcı günü :
11. Ameliyat sonrası ameliyatınızla ilgili her hangi bir endişeniz oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
12. Şu anda ağrınız var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Şu anki ağrınız tek bir bölgede mi?
☐ Evet ☐ Hayır
14. 13. soruya cevabınız evet ise ağrınız nerede?
15. 13. soruya cevabınız hayır ise nerelerde ağrı hissediyorsunuz?
16. Şu andaki ağrınız ne zamandan beri var?
☐ 1. gün ☐ 2. gün ☐ 3. gün ☐ 4. gün
17. Bu ağrınız sürekli mi aralıklı mı?

18. Bu sizin en şiddetli ağrınız mı?

() Evet () Hayır

19. Ağrınız ne tür bir ağrı?

20. Ağrınızın başlangıcından bu yana şiddetinde değişme oldu mu?

() Evet () Hayır

21. 20. soruya cevabınız evet ise ne gibi bir değişiklik oldu?

() Artma oldu () Azalma oldu

22. Gündüz ya da gece ağrınızda değişiklik oluyor mu?

() Evet () Hayır

23. 22. soruya cevabınız evet ise ne tür bir değişme oluyor?

() Artıyor () Azalıyor

24. Ağrınızın şiddetini aşağıdaki ifadelerden hangisi tanımlar?

() Ağrı yok (0) () Hafif (1)

() Orta (2) () Şiddetli (3)

() Çok şiddetli (4) () Dayanılmaz (5)

25. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin ağrınızı daha iyi tanımlıyor?

() Öksürürken ağrı yok (0)

() Öksürürken ağrı var fakat derin solunumda yok (1)

() Derin solunumda ağrı var fakat istirahatte yok (2)

() İstirahatte ağrı az (3)

() İstirahatte ağrı ciddi (4)

26. Ağrınızı artıran işlem var mı?

() Evet () Hayır

27. 26. soruya cevabınız evet ise ağrınızı artıran işlem ya da işlemler nelerdir?

28. Ağrınızı hafifleten herhangi bir işlem ya da işlemler var mı?

() Evet () Hayır

29. 28. soruya cevabınız evet ise ağrınızı hafifleten işlem ya da işlemler nedir?

30. Ağrı nedeniyle yapamadığınız herhangi bir şey var mı?

() Evet () Hayır

31. 30. soruya cevabınız evet ise nedir?

32. Ağrı kesici istemek için ağrınızın şiddetlenmesini bekler misiniz?

() Evet () Hayır

33. Ağrınız olduğunda size yapılan uygulamadan ne kadar memnun kaldınız?

- () Hiç memnun olmadım
- () Biraz memnun oldum
- () Memnun oldum
- () Çok memnun oldum



EK-II
HEMŞİRE ANKET FORMU

1. Mezun olduğunuz okul.
☐ Sağlık Meslek Lisesi
☐ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
☐ Hemşirelik Yüksekokulu
2. Çalışma yılınız.
☐ 1-3 yıl ☐ 4-6 yıl ☐ 7-9 yıl ☐ 10 yıl ve üzeri
3. Çalışma alanınız.
☐ Genel Cerrahi ☐ Nöroşirürji ☐ Üroloji
☐ Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ☐ Ortopedi ve Travmatoloji
4. Statünüz.
☐ Servis hemşiresi ☐ Servis sorumlu hemşiresi
☐ Yoğun bakım hemşiresi
5. Sıklıkla çalıştığınız shift
☐ 8-16 ☐ 16-24 ☐ 24-08
6. Okul yıllarında ağrı konusunda bilgi alma şekli
☐ Programda ağrı ayrı konu olarak işlendi.
☐ Diğer konular içinde vardı.
☐ Hiç bilgi yoktu.
7. Hiç ameliyat ağrısı deneyiminiz oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
8. Ağrı konusunu merak ediyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
9. Çalıştığınız klinikte ağrı giderici ilaçları “gerektiğinde” uygulama kararı hekim tarafından size bırakılıyor mu?
10. 9. soruya cevabınız evet ise ağrı başladığında mı yoksa şiddetlendiğinde mi uyguluyorsunuz?
11. Hasta ağrısının olduğunu söylediğinde her zaman ona inanır mısınız?
☐ Evet ☐ Hayır
12. 11. soruya cevabınız evet ise neden?
13. 11. soruya cevabınız hayır ise neden?

14. Sizce ağrısı olan hastalarda hemşirelik girişimleri planlanırken hasta ile birlikte mi karar verilmelidir?

() Evet () Hayır

15. 14. soruya cevabınız evet ise neden?

16. 14. soruya cevabınız hayır ise neden?

17. Postoperatif ağrı ölçümünün geçerliliği ve güvenilirliğini sağlamak için ağrı ölçeği kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

18. Ağrı izlem formu kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

19. Ameliyat sonrası hastalarınızda post-operatif ağrı belirtilerini izliyor musunuz?

20. 19. soruya cevabınız hayır ise neden?

21. 19. soruya cevabınız evet ise hastalarınızda ağrıya bağlı gözlediğiniz belirtiler nelerdir?

22. Minör ameliyat geçiren hastayla, majör ameliyat geçiren hastanın ağrısına yaklaşımınız aynı mı?

() Evet () Hayır

23. Post-operatif ağrının etkisini azaltmak için preoperatif dönemde ağrı hafifletme yöntemleriyle ilgili hastalarınıza eğitim yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır

24. 23. soruya cevabınız evet ise eğitim konuları nelerdir?

25. 23. soruya cevabınız hayır ise neden?

26. Ağrısı olan hastalara analjezik dışında uygulama yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır

27. 26. soruya cevabınız evet ise ne ya da neler yapıyorsunuz?

EK-III SKALALAR

Prince Henry Ağrı Skalası

<i>Öksürürken ağrı yok</i>	<i>(0)</i>
<i>Öksürürken ağrı var fakat derin solunumda yok</i>	<i>(1)</i>
<i>Derin solunumda ağrı var fakat istirahatte yok</i>	<i>(2)</i>
<i>İstirahatte ağrı az</i>	<i>(3)</i>
<i>İstirahatte ağrı ciddi</i>	<i>(4)</i>

0-5 Ağrı Skalası

<i>Ağrı yok</i>	<i>(0)</i>
<i>Hafif</i>	<i>(1)</i>
<i>Orta</i>	<i>(2)</i>
<i>Şiddetli</i>	<i>(3)</i>
<i>Çok Şiddetli</i>	<i>(4)</i>
<i>Dayanılmaz</i>	<i>(5)</i>

Basit Tanımlayıcı Sözel Memnuniyet Skalası

<i>Hiç memnun olmadım</i>
<i>Biraz memnun oldum</i>
<i>Memnun oldum</i>
<i>Çok memnun oldum</i>

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

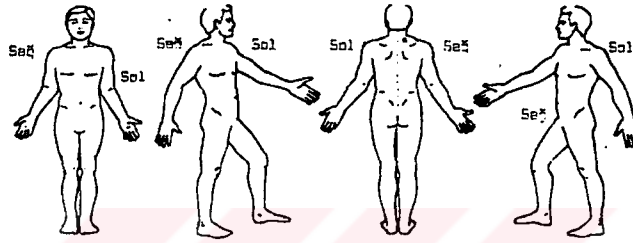
AĞRI TANILAMA FORMU

Hastanın Adı - Soyadı: _____
Cinsiyet: _____ Tanı: _____

Yaşı: _____
Protokol No: _____

Tarih: _____
Servis: _____

- 1-Ağrının Yeri:
A-Baş
B-Gövde
C-Ekstremite



- 2- Ağrı skalasına göre ağrının şiddeti (puan olarak yazılacak)
-Şu anda
-Ağrının en kötü olduğu zaman
-En az olduğu zaman
-Kabuledilebilir ağrı düzeyi
- 3-Ağrının niteliği (zonklayıcı, yanıcı, batıcı, künt, bıçak saplanır tarzda, vs)
4-Başlangıcı
Süresi
Değişiklikler (bulantı, kusma, kaşıntı, diğer)
Ağrının yaşanma sıklığı (ritmi)
- 5-Hastanın ağrısı ifade tarzı:
Sözel
Davranışsal (sessiz, ajite, vs)
Duygusal (ağlayarak, inleyerek, vs)
Fiziksel (bulantı, kusma, vs.)
- 6-Ağrısını azaltmak için hastanın yaptığı herhangi bir şey var mı?
.....
- 7-Ağrı hangi durumlarda artıyor? (Oturma, masaj, hareket, vs.)
.....
- 8-Ağrı hangi durumlarda azalıyor? (Ortam değişikliği, hareket, pozisyon, masaj, analjezik, vs)
.....
- 9-Ağrının yaşam kalitesine etkileri:
Eşlik edilen bulgular (bulantı, kusma, uykusuzluk, iştahsızlık, fizik aktivitede azalma, sosyal aktivitede azalma, vs)
Duyguları (irritabilite, öfke, ağlama, ajitasyon, depresyon, vs.)
- 10-Ağrınızı gidermede bize yardımcı olabilecek başka bilgi var mı?
.....

Hemşire Adı-Soyadı: _____

AĞRI GİRİŞİM FORMU