

Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları

Fatma Eti Aslan*, Aysel Badır**

SUMMARY

Reality about pain control: The knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment and management of pain

The present research was conducted descriptively to define the approaches of nurses to the nature of pain, its assessment, and management. The research was carried out in October 2001 in Antalya with a scope of 227 nurses attending to the Second National Clinician Nurses' Congress. Initial aim was to include all 286 nurses attending the congress, however, because 59 nurses refused to participate, the number of the participants finalized as 227. A data gathering form of 20 questions was used. Results were presented in percentages. At the end of the research, though the knowledge the nurses had on the nature of pain was satisfactory, their attitudes related with pain assessment and management were noted to be below expectations. These results point out a void in the nurses' knowledge pertaining to pain management. As a result, we consider imperative that the nurses should acknowledge the significance of pain and should improve their professional attitudes and knowledge in order to gain control over pain through a multidisciplinary approach and to prove the crucial and inevitable role of nurses in such a team.

Key words: Pain, pain assessment, pain management, nursing

ÖZET

Bu araştırma, hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine yönelik yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Ekim 2001 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen çalışmanın evrenini 2. Ulusal Klinisyen Hemşireler Kongresi'ne katılan 286 hemşire oluşturdu. Hemşirelerin tümünün araştırma kapsamına alınmasının istenmesine karşın 59 hemşirenin böyle bir çalışmada yer almak istemediklerini belirtmeleri nedeniyle 227 hemşire örneklemini oluşturdu. Veriler, 20 sorudan oluşan veri toplama formu aracılığıyla toplandı. Sonuçlar yüzdelik dağılımı olarak verildi. Araştırma sonucunda hemşirelerin çoğunluğunun ağrının doğasına ilişkin bilgilerinin doğru olmasına karşın, ağrı değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin yaklaşımlarının beklenen şekilde olmadığı görüldü. Bu sonuçlara göre hemşirelerin ağrı geçirme yaklaşımlarına ilişkin bilgi eksiklikleri olduğu söylenebilir. Sonuç olarak ağrının multidisipliner ekip yaklaşımıyla kontrol altına alınması ve hemşirelerin de bu ekipteki vazgeçilmezliklerini kanıtlamaları için ağrı gerçeğini kabullenmeleri ve bu konuda gelişmeleri izleyerek kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Ağrı, ağrı değerlendirme, ağrı kontrolü, hemşirelik

(*) Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Doç. Dr.

(**) Koç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Yard. Doç. Dr.

Başvuru adresi:

Doç. Dr. Fatma Eti Aslan, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Tıbbiye Cad., Haydarpaşa, Kadıköy, 81326 İstanbul
Tel: (0532) 273 90 70 e-posta: etiaslan@e-kolay.net

(*) Marmara University School of Nursing, RN, PhD, Assoc. Prof.

(**) Koc University School of Health Sciences, RN, PhD, Assis. Prof.

Correspondence to:

Fatma Eti Aslan, Assoc. Prof., Marmara University School of Nursing, Tıbbiye Cad., Haydarpaşa, Kadıköy, 81326 İstanbul, TURKEY
Tel: (+90 532) 273 90 70 e-mail: etiaslan@e-kolay.net

Giriş

Ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunal-
tan, davranış ve düşüncelerini bozan, bir
yandan da ağrıyı durdurmayı amaçlayan
aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal
tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan
karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (Tulu-
nay ve Tulunay 2000).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana bilinen ağrı;
günümüzde sağlık bilimlerindeki büyük ilerleme-
lere karşın devam etmekte ve hastayı sağlık pro-
fesyonellerinden yardım almaya yönelten en
önemli semptomların başında gelmektedir. Çünkü
dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim,
trafik kazası ve değişik travmalar nedeniyle ve çe-
şitli kronik hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınma-
ları ile hastanelere başvurmaktadır. Buna karşın
ağrının giderilmesine yönelik alınan önlemlerin
ise son derece yetersiz olduğu ve hastaların bü-
yük bir kısmının ağrısının geçirilmediği, ağrı nede-
niyle yaşam kalitelerinin düştüğü, hastanede kalış
süresinin uzadığı ve mortalite oranının arttığı be-
lirtilmektedir (Erdine 2000, Raj 2000, Gordon ve
Ward 1995, Libreri 1995, Brochet ve ark. 1991,
Ferrel ve ark. 1991).

Ağrı kontrolündeki yetersizlikler arasında; sağlık
bakım ekibinin ağrı konusunda yeterli bilgiye sa-
hip olmaması ve bunun sonucu olarak ağrı nede-
ni ve giderilmesine ilişkin yanlışlara düşülmesi,
yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygula-
malarının yaygın olarak kullanılmaması, birçok
hastanın ağrıyı hastalığın doğal sonucu olarak ka-
bul etmesi ve sonuç olarak ağrı bildiriminde bu-
lunmaması, yaşlı hastaların ağrıyı yaşlanma süreci-
nin doğal bir sonucu olarak kabul etmeleri, ağrı
kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşı-
mının benimsenmemesi sayılabilir (Eti-Aslan ve
ark. 2003, Eti-Aslan 2002, Carr 1997, Field 1996,
Mc Caffery 1990).

Günümüzde ağrı kontrolünün multidisipliner ekip
yaklaşımıyla yürütülmesinin önemi herkes tarafın-
dan bilinmesine ve ekibin üç önemli üyesinin has-
ta, hemşire ve hekim olduğunun kabul edilme-
sine karşın; bu ekip üyeleri arasında sadece hasta
ağrıyı deneyimlemekte ve ondan kurtulmak için
çaba harcamaktadır. Diğer ekip üyeleri olan hem-
şire ve hekimlerin ağrı kontrolündeki rolleri ise
aşağıdaki gibi açıklanabilir.

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sa-
hiptir (Ferrel ve ark. 1991). Ağrı kontrolünde hem-
şirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve
önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üye-
lerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın

önceki ağrı deneyimlerini ve başatma yöntemleri-
ni öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlan-
ması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğ-
retmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik
tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi, empa-
tik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (Pasero ve
Mc Caffery 2000, Cristoph 1997, Pasero 1997,
Field 1996, Gordon ve Ward 1995, Libreri 1995,
Ferrel ve ark. 1991).

Buna karşın ağrı tedavisi ile uğraşan hekimler sa-
dece ölçülebilir kriterlere ve giderlere göre işleyen
kavramlara karşın yaptıklarını savunmaktadırlar.
Bu durum ağrıyla uğraşan hekimlerin bir teknisi-
yen gibi algılanmalarına da neden olabilmektedir.
Oysa hemşirenin ağrı kontrolündeki rolleri onu
sağlık teknolojisi ile elde edilemeyen ve sağlık ba-
kımında uzun süreli etkileri olan ayrıcalıklı bir ye-
re koymaktadır (Raj 2000, Yücel 2000, 1997, Mc
Caffery 1996).

Ağrı kontrolünde hemşirenin vazgeçilmezliğinin
bilinmesine karşın; ağrı tedavisine ilişkin çalışma
sonuçları, klinik gözlemlerimiz ve hastaların ağrı
yakınmalarına dayanarak bugün için hemşirelerin
de diğer sağlık görevlileri gibi ağrıya ilişkin yeter-
li bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmek-
tedir. Libreri (1995), hekim ve hemşirelerin
% 58'inin ağrı kontrolünü bilmediklerini, ağrıyı ge-
çirmek amacıyla yeterli önlem almadıklarını, Field
(1996) sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarını
onlardan düşük tahmin ettiklerini, Cohen (1980)
bazı hemşire ve hekimlerin hastanın şiddetli ağrı-
sının devam ettiğini bildirmesine karşın yetersiz
analjezik verdiklerini, Seers (1987) hemşirelerin
% 54'ünün hastaların ağrılarını onlardan düşük
tahmin ettiklerini, Özer ve Bölükbaşı (2001) hem-
şirelerin % 96.23'ünün, ağrısını ifade eden hastaya
her zaman inanmadıklarını ve % 47.62'sinin de ağ-
rısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışları-
nı izlemediklerini belirlemiştir.

Dünya ve ülkemizde tıbbi literatür ve ders kitap-
ları incelendiğinde yakın zamana kadar ağrıya ya
hiç ya da çok az yer verildiği, tıp ve hemşirelik
müfredatlarında ağrı kontrolüne ilişkin bir dersin
bulunmadığını görmekteyiz. Ağrı kontrolüne yak-
laşımında bilginin önemi yanısıra sağlık profesyo-
nellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı dene-
yimleri de etkili olabilmektedir (Mc Caffery ve Ro-
binson 2002, Erdine 2000, Raj 2000, Yücel 2000,
Kai-Cheung Chuk 1999, Cristoph 1997, Gordon ve
Word 1995, Donovan ve ark. 1987).

Hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya
yönelten en önemli sağlık sorununa eğitimleri sı-
rasında yer verilmeyen ya da çok az yer verilen

hekim ve hemşirelerin hastaların ağrılarını kontrol altına almada yeterli ve yetkili olmalarının beklenmesi bir çelişki değil midir?

Bu çalışma yukarıda sözü edilen bu çelişkiye dikkat çekmek, ağrı kontrol ekibinin vazgeçilmez ve önemli bir üyesi olan hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot

Araştırmanın Tipi: Araştırma, hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine yönelik bilgi ve inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Bu Çalışmada Yanıtlanması Beklenen Sorular: Bu çalışmada, hemşirelerin ağrıya yaklaşımları incelendi. Bu bağlamda yanıtlanması beklenen sorular şunlardır.

- Hemşirelerin ağrının subjektif ve kompleks doğasına, ağrı mekanizması ve ağrı algısını etkileyen durumlara ilişkin bilgileri nasıldır?
- Hemşirelerin ağrı değerlendirilmesine yönelik yaklaşımları nasıldır?
- Hemşirelerin ağrı geçirmede kullanılan analjeziklerin uygulanmasına ilişkin bilgileri nasıldır?

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman: Araştırma Antalya'da 21- 25 Ekim 2001 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Evren ve Örneklem Seçimi: Türkiye genelinden haberdar olmak, bundan sonraki benzer çalışmalara taban oluşturmak amacıyla araştırmanın evrenini ve örneklemini 2. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi'ne katılan hemşireler oluşturdu.

Yukarıda söz edilen kongre 350 katılımcı ile gerçekleşmiş, bunların 286'sının hemşire olduğu belirlenmiştir. Seçilmiş örnekleme yöntemi (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998) ile hemşirelerin tümünün araştırma kapsamına alınmasının istenmesine karşın 59 hemşire böyle bir çalışmada yer almak istemedikleri için kapsam dışında bırakıldı ve örneklemini Marmara Bölgesi'nden 36, Karadeniz Bölgesi'nden 31, Ege Bölgesi'nden 39, İç Anadolu Bölgesi'nden 26, Akdeniz Bölgesi'nden 41, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden 30 ve Doğu Anadolu Bölgesi'nden 24 hemşire oluşturdu, toplam 227 hemşire araştırma kapsamına alındı ve evrenin % 79.4'üne ulaşıldı. Ülkemiz 7 bölgeden oluşmaktadır. Bu çalışmada her bölgeyi temsil edebilecek hemşirenin örnekleme yer almış olması

nedeniyle bu çalışmada elde edilen verilerin Türkiye geneli için bir plot çalışma niteliği taşıyacağı düşünülmektedir.

Verilerin Toplanması: Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından yapılan literatür incelemesi, hemşirelerin ağrıya yaklaşımlarının incelendiği çalışmalar (Carr 1997, Coher 1980, Eti-Aslan 2002, Eti-Aslan 1997, Feldt 2000, Field 1996, Gordon ve Ward 1995, Mc Caffery 1996, Olgun ve Eti-Aslan 1998, Pasero 1997, Strong ve ark. 1992) ve uzman görüşü dikkate alınarak hazırlanan veri toplama formu ile toplandı.

Veri toplama formu iki bölümden oluştu. Birinci bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel özellikleri, ikinci bölümde ise; hemşirelerin ağrıya ilişkin yaklaşımlarını belirlemeye yönelik doğru ve yanlış seçeneklerinden oluşan 15 kapalı uçlu soruya yer verildi.

Veri Toplama Formunun Sınanması: Veri toplama formunun kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 hemşireye ön uygulama yapıldı, anlaşılır bulunmayan soru olmadığı için ön uygulamaya alınan hemşireler araştırma kapsamı içinde tutuldu.

Veri Toplama Formunun Kullanılması: Araştırmada veriler kongre kapsamında "Ağrı Kontrolü" konulu bir konferans yer alması nedeniyle, bu konferanstan önce toplandı. Hemşirelere öncelikle araştırmanın amacı açıklandı, araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formunun doldurulması ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldı. Bu bağlamda formda ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin ifadelerin bulunduğu, onlardan istenen bu ifadelerin doğru/ yanlış olduğunu belirlemek olduğu açıklandı. Yüz yüze yapılan veri toplama işlemi sırasında formun doldurulması yaklaşık yedi dakikalık bir süreyi aldı. Form uygun şekilde doldurulduktan sonra araştırmacılar tarafından kontrol edilerek geri alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmaya 2. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi'ne katılan hemşireler alınmıştır. Bu çalışmada yalnızca kongreye katılan hemşirelerin bulunmasının olumlu ve olumsuz yönlerinin olduğu düşünülmektedir. Kongreye katılan hemşirelerin mesleki yenilikleri ve gelişmeleri izledikleri ve bu bağlamda ağrıya ilişkin bilgilerinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Bu durum olumlu olarak değerlendirilebilir. Sadece kongreye katılan hemşirelerin araştırmaya alınmasının olumsuz yönü ise, mesleki gelişmeleri izlemeyen/izleyemeyen bu bağlamda ağrıya ilişkin gelişmelerden haberdar

olmayan hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenemeyişidir.

Bu çalışmanın diğer sınırlılıkları yalnızca hemşireler ile sınırlandırılmış olmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları 2. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi'ne katılan hemşirelere genellenebilir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırma kapsamına alınan 227 hemşireye ilişkin verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak yapıldı ve yüzdelik dağılımı olarak verildi.

Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel özelliklerine ve ağrıya ilişkin bilgi ve inançlarına yer verildi.

Hemşirelerin % 32.1 (73 kişi)'inin 26-30 yaş arasında, % 73.6 (167 kişi)'sinin bekar, % 42.7 (97 kişi)'sinin 6-10 yıllık çalışma deneyimine sahip ve % 52 (118 kişi)'sinin de cerrahi bilimlerde çalıştığı ayrıca tümünün kadın olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hemşirelerin % 79.7 (181 kişi)'sinin ağrıyı "hastanın söylediği şeydir" diye tanımladığı, % 82.4 (187 kişi)'ünün ağrıyı çok boyutlu bir deneyim olarak gördüğü, % 85.9 (195 kişi)'unun ağrı algısı ve duyarlılığının yaşla birlikte değişmediğini belirttiği, % 82.8 (188 kişi)'inin ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilir bir patolojiye gereksinim olduğuna inandığı, % 58.6 (133 kişi)'sinin ağrı toleransını azaltan faktörleri bildiği, % 95.2 (216 kişi)'sinin duyuşsal ağrı eşiğinin insanların tamamına yakınında aynı olacağını bilmediği, % 82.8 (188 kişi)'inin kanserin önemli bir ağrı nedeni olduğunu bilmediği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 1: Hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımı (n=227).

Özellik	n	%
Yaş		
21-25	69	30.4
26-30	73	32.1
31-35	58	25.5
36-40	27	12.0
Medeni Durum		
Evli	60	26.4
Bekar	167	73.6
Çalışma Yılı		
1-5	74	32.6
6-10	97	42.7
11-15	56	24.7
Çalıştığı Klinik		
Dahili Bilimler	109	48.0
Cerrahi Bilimler	118	52.0

Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin yaklaşımları Tablo 3'te gösterildi. Buna göre % 81.1 (184 kişi)'inin ağrısı olan hastalarda her zaman gözlemlenebilir fizyolojik ve davranışsal belirtiler olabileceğine inandığı, % 98.2 (223 kişi)'sinin ağrı değerlendirmesinin hasta ile birlikte yapılması gerektiğine inandığı, % 87.2 (198 kişi)'sinin kanserli hastaların ağrısını izleme ve değerlendirmede günce tutturulmasının önemli olduğunu düşündüğü, % 81.1 (200 kişi)'inin ağrı tedavisi planının hastaya özgü yapılması gerektiğine inandığı, % 75.3 (171 kişi)'ünün ise konfüzyonlu hastanın ağrı bildirimini konfüzyonu olmayan hastalarla aynı değere sahip olmadığına inandığı görüldü.

Tablo 2: Hemşirelerin ağrıya ilişkin bilgi ve inançlarının dağılımı (n=227).

Ağrıya İlişkin Bilgi ve İnançları	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
• Ağrı hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır.	181	79.7	46	20.3
• Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Bu nedenle onu ancak deneyimleyen tanımlayabilir.	187	82.4	40	17.6
• Ağrı algılanması ve duyarlılığı yaşa bağlı olarak değişmez.	195	85.9	32	14.1
• Ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilir bir patolojiye gereksinim vardır.	188	82.8	39	17.2
• Uykusuzluk, bilinmeyen korkusu, kanser tanısı, anksiyete ve depresyon ağrı toleransını azaltır.	133	58.6	98	41.4
• Duyuşsal ağrı eşiği insanların tamamına yakınında aynıdır.	11	4.8	216	95.2
• Kanser önemli bir ağrı nedenidir ve bu hastaların büyük bir kısmına yeterli ağrı tedavisi uygulanmamaktadır	188	82.8	39	17.3

Tablo 3: Hemşirelerin ağrı değerlendirilmesine ilişkin bilgi ve inançlarının dağılımı (n=227).

Ağrıya Değerlendirme Bilgileri	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
• Ağrısı olan hastalarda her zaman gözlemlenebilir fizyolojik ve davranışsal belirtiler olmayabilir.	43	18.9	184	81.1
• Ağrı değerlendirilmesi hasta ile birlikte yapılmalıdır.	223	98.2	4	1.8
• Kanserli hastaların ağrısını izleme ve değerlendirmede günce tutturma etkili bir yöntemdir.	198	87.2	29	12.8
• Ağrı tedavi planı daima hastaya özgü yapılmalıdır.	200	81.1	27	11.9
• Konfüzyonu olan hastaların ağrı bildirimini konfüzyonu olmayanlarla aynı değere sahiptir.	56	24.7	171	75.3

Tablo 4: Hemşirelerin farmakolojik ağrı tedavisine ilişkin bilgilerinin dağılımı (n= 227).

Ağrı Geçirme Bilgileri	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
• Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmelidir.	55	24.3	172	75.7
• Narkotik analjeziklerin bağımlılık yapma oranı % 1'den azdır.	46	20.6	81	79.8
• Kanser nedeniyle ağrı çeken hastaya intravenöz morfin uygulanırken öfori gelişirse ilaç verme sonlandırılmamalıdır.	55	24.2	172	75.7

Hemşirelerin % 75.7 (172 kişi)'sinin analjeziklerin ağrı başlamadan verilmesini uygun bulmadığı, % 79.8 (181 kişi)'inin narkotik analjeziklerin psikolojik bağımlılık yapma oranının % 1'den fazla olduğunu düşündüğü ve % 75.7 (172 kişi)'sinin de intravenöz (i.v.) morfin uygulaması sırasında öfori gelişirse tedavinin sonlandırılması gerektiğine inandığı belirlendi (Tablo 4).

Tartışma

Ağrı, hoş gitmeyen fiziksel, duygusal ve algısal boyutları olan çok yönlü bir deneyimdir. Günümüzde sağlık bilimlerinde ve tıbbi teknolojik cihazlardaki gelişmelere karşın ağrı gerçeği devam etmektedir. Hastalar ağrılarını söylemekte hekim ve hemşireler ise ağrı gerçeğini kabul etmekte zorlandıkları sürece de bu durumun devam edeceği düşünülmektedir. Kültür, değerler ve inançlar insanların ağrı ve hastalıklara karşı gösterdikleri tepkileri, hasta hemşire ilişkilerini ve hemşirenin ağrıya ve ağrılı hastaya karşı tutum ve davranışlarını etkiler. Çünkü hemşire de ait olduğu toplumun bir bireyidir ve bu kültürel tutumu onun ağrıyla başa çıkma ve yaklaşımı üzerinde etkili olabilmektedir.

Ağrılı hasta ile en fazla yüz yüze gelen ve çoğu zaman da hastasının ağrısını tam olarak geçirememenin sıkıntısını yaşayan sağlık bakım ekibi üyesi hemşiredir. Hemşirenin ağrının doğası, değer-

lendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançlarını belirlemek ve dolayısıyla olası ağrı geçirme nedenini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada 227 hemşire araştırma kapsamına alındı. Hemşirelerin % 32.1 (73 kişi)'inin 26-30 yaş grubunda, % 73.6 (167 kişi)'sinin bekar, % 42.7 (97 kişi)'sinin 6-10 yıllık çalışma deneyimine sahip olduğu, % 52 (118 kişi)'sinin cerrahi birimlerle ilgili alanlarda çalıştığı ve tümünün kadın olduğu belirlendi (Tablo 1). Bu verilere dayanarak örneklemimizin çoğunluğunu genç bir grup hemşirenin oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Ağrı subjektif bir deneyimdir. Bu nedenle ağrının belirlenmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesidir. Bu bağlamda araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 79.7 (181 kişi)'sinin hastanın ağrı ifadesine inanmasına; % 82.4 (187 kişi)'ünün ağrıyı "çok boyutlu bir deneyim" olarak tanımlamasına, % 85.9 (195 kişi)'ünün ağrı algısı ve duyarlılığının yaşla birlikte değişmediğini belirtmesine karşın; % 82.8 (188 kişi)'inin ağrının gerçek olabilmesi için tanımlanabilen bir patolojiye gereksinim olduğunu belirtmeleri (Tablo 2) hemşirelerin ağrının subjektif doğasını ve hastanın kendi ağrı ifadesinin önemini kavramadıklarını düşündürmektedir. Olgun ve Eti-Aslan (1998), hemşirelerin % 53.2'sinin ağrı değerlendirmesinde sadece bir patoloji varlığında ağrı varlığına inandıkları belirlenmiştir.

Bulgularımız benzer çalışmalardan elde edilen verilerle paralellik göstermekte olup; Özer ve Bölükbaşı (2001) hemşirelerin % 96.23'ünün ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını; buna karşın Donovan (1990) 456 dahiliye ve cerrahi hastasının % 78'inin son 72 saatte şiddetli ağrısını hemşireye haber bile vermediğini belirlemiş olup bu sonuçlar hasta ve hemşire arasında bir güven sorunu yaşandığını düşündürmektedir.

Çoğu zaman bilgisizlik duyarsızlığı da beraberinde getirebilmektedir. Nitekim Libreri (1995) hekim ve hemşirelerin % 58'inin ağrı kontrolünü bilmediklerini, Field (1996) sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarını onlardan düşük tahmin ettiklerini belirlemişlerdir.

Ağrının varlığına ve hastanın ağrı ifadesine inanılmayınca geçirilme yaklaşımları ve ağrının ortaya çıkaracağı sorunlara karşı da duyarlı olunması beklenemez. Oysa bugün bilinen bir gerçekde geçirilmeyen ağrının hareketlerde azalmayı, atalektazi, trombüs ve konstipasyonu ayrıca sosyal izolasyon ve iş gücü kayıplarını da beraberinde getirdiğidir (Mc Caffery ve Robinson 2002, Pasero ve Mc caffery 2000, Raj 2000, Yücel 2000, Cristoph 1997, Pasero 1997, Puntillo ve Weiss 1994, Carr 1990, Donovan 1990, Seers 1988, Donovan ve ark. 1987).

Ağrısı olan 300 hasta ile yapılan bir çalışmada bu hastaların % 97'sinin ağrıları nedeniyle etkili solunumu sürdürmedikleri, % 78'inin hareketlerinin sınırlandığı ve % 19.50'sinin de uyuyamadığı belirlenmiştir (Özer ve Bölükbaşı 2001).

Bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddeti olarak tanımlanan, "ağrı toleransı" nı bir çok faktör etkilemekte ve hastanın ağrıya karşı duyarlılığını arttırmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sadece % 58.6 (133 kişi)'sının uykusuzluk, bilinmeyen korkusu, olası kanser tanısı, anksiyete ve depresyonun ağrı toleransını azalttığını ve ağrı duyarlılığını artırdığını ve % 82,8 (188 kişi)'inin ise (Tablo 2) duyuşsal ağrı eşiğı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Oysa hemşirelerin tamamının ağrı toleransını etkileyen faktörler ile duyuşsal ve algısal ağrı eşiğini bilmeleri gerekmektedir. Çünkü bu faktörler hastayı rahatlatma felsefesi üzerine temellenmiş hemşirelik bakımı ile yakından ilişkilidir.

İngiltere'de hastanede yatmakta olan hastalarda ağrı üzerindeki emosyonel/psikososyal etkiler incelenmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre rahatsız durumda bulunmanın uykusuzluk ve yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyonun has-

taların ağrı toleransını azalttığı buna karşın, ağrının giderileceğine inanma, dinlendirici bir uyku, sempati ve anlayışın ise ağrı toleransını yükselttiğı belirlenmiştir (Raj 2000).

Bireyin uyarılabildiğı en düşük uyarın şiddeti olarak tanımlanan "ağrı eşiğı" duyuşsal ve algısal olmak üzere iki boyutlu olarak ele alınmaktadır. Duyuşsal ağrı eşiğinin insanların hemen hemen tamamında aynı olmasına (Carr 1997, Strong ve ark. 1992, Mc Caffery 1990) karşın; algısal ağrı eşiğini uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, korku, üzüntü, depresyon, içe dönüklük ve sosyal izolasyon azaltırken; dinlendirici bir uyku, sempati, dışa dönüklük, analjezik ve antidepresanlar ise yükseltmektedir (Raj 2000, Carr 1990, Puntillo 1990, Carr 1997).

Araştırma kapsamına aldığımız hemşirelerin ağrı eşiğine ilişkin bilgilerinin yeterli olmaması ve sadece % 4.8 (11 kişi)'inin duyuşsal ağrı eşiğinin insanların tamamına yakınında aynı olduğunu belirtmesi (Tablo 2) beklenmedik bir sonuçtur ve bir o kadar da üzücüdür. Çünkü hemşirelik sağlam bireyin sağlığını koruma ve geliştirmenin yanı sıra hasta bireyin hastalığı nedeniyle ortaya çıkan sorunlarını gidermeye ve onu rahatlamaya temellenendirilmiş, insana doğrudan hizmet veren bir meslektir. Bu nedenle hemşirelerin dinlendirici bir uyku, rahat bir durumda olma gibi hastayı rahatlatan ve algısal ağrı eşiğini etkileyen yaklaşımlarında yeterli olmasını beklemek gerçekçi olmayacaktır.

Tanı konduğunda çoğu zaman ağrı ve ölümü çağrıştıran kanser günümüzde giderek artmakta ve kanserli hastaların büyük bir kısmı da ağrı çekeerek ölmektedir (Raj 2000, Carr 1990, Mc Caffery 1990). Buna karşın hemşirelerin sadece % 17.3'ü (39 kişi) gibi az bir oranın bile bu gerçeğı kabul etmemesi son derece üzücüdür. Çünkü terminal dönemdeki kanserli bir hastayı rahatlatmanın temel yollarından biri bu hastalarda ağrı varlığını kabul etmek ve geçirmek için çaba harcamaktır.

Ağrının fiziksel, duyuşsal ve algısal boyutlarının olması ve hastayı tüm yönleri ile etkilemesi onu tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir (Eti-Aslan 2002, Tulunay ve Tulunay 2000). Bu bağlamda ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın subjektif olan bu ifadeyi olabildiğince objektif hale getirerek ölçülebilir değerlere çevirmek, uygulanan ağrı geçirme yaklaşımlarının etkinliğini belirlemek için ağrı ölçeklerinin kullanılması gerekmektedir. Ayrıca bazı hastalar ağrılarını anlatmada ve tanımlamada güçlük

çekebilirler (Pasero ve Mc Caffery 2000). Bu durumun göz önünde bulundurulması, kan basıncında ve nabızda yükselme gibi fizyolojik ve inilti, yüz buruşturma, aktivitelerin sınırlandırılması, ağrılı bölgeye basınç uygulama ve ovma gibi davranışsal ağrı belirteçlerinin izlenmesi gerekir. Araştırma kapsamına aldığımız hemşirelerin % 81.1 (184 kişi)'inin ağrısı olan hastada gözlemlenebilen fizyolojik ve davranışsal belirtilerin olmayacağını düşünmeleri, sadece sözlü ağrı ifadesine önem verdiklerini düşündürmektedir. Oysa yeni doğanların, ciddi psikolojik bozukluğu ve endotrakeal tüpü olan hastaların, yaşı 85'in üstünde olanların, sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanmayanların, eğitim ve kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olanların doğaldır ki sözlü ağrı ifadeleri olmayabilir (Pasero ve Mc Caffery 2000, Raj 2000). Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken bu hastaların "ağrısı yoktur" şeklinde değerlendirilmeleri ağrının günümüzde halen kontrol altına alınmamasının en önemli nedenlerinden birisi olarak düşünülmektedir.

Nitekim önemli derecede algısal ve duyuşsal bozukluğu olan 217 hastanın % 62'sinin ağrılarını davranışlarıyla bildirdikleri (Pasero ve Mc Caffery 2000), endotrakeal tüpü olan 24 yoğun bakım hastasının % 63'ünün konuşmadıkları ancak ağrıyı gözleri ile, hemşirenin kolunu tutarak ya da bacaklarını oynatarak belirtmeye çalıştıkları (Puntillo 1990) belirlenmiştir. Yine sözlü ağrı bildiriminde bulunamayan yaşlı hastaların en yaygın sözsüz ağrı ifadesinin "yüz buruşturma", yeni doğanların acı acı ağlama, uyku ve yeme değişiklikleri ve yüz ifadelerinin ağrıyı ifade etmede gösterdikleri davranışsal tepkilerin bazıları olabileceği unutulmamalıdır.

Sağlıklı bir ağrı değerlendirmesinin ilk koşulu hasta ile işbirliği yapılması, empatik ve sempatik yaklaşımdır. Hastanın kendisinin dinlendiğini ve yakınmasının ciddiye alındığını hissetmesi gerekir. Bu nedenle ağrı değerlendirmesi hasta adına değil hasta ile birlikte yapılmalıdır. Hemşirelerin % 98.2 (223 kişi)'sinin bu yaklaşımda olmaları sevindiricidir.

Kanserde olduğu gibi kronik ve giderek artan ağrılarda günün belirlenmiş saatlerinde bir günce üzerinde kişisel izlenimlerin yazılması unutulmaları ortadan kaldıracaktır. Çünkü kronik ağrısı olan hastalarda yapılan bir çalışmada, hastalara kullandıkları ilaçlar sorulduğunda gerçekte kullandıklarınının % 55- 60'ından azına ilişkin bilgi verdikleri saptanmıştır (Tulunay ve Tulunay 2000). Bu bağlamda ağrı değerlendirilmesinde günce tutmanın

önemine hemşirelerin % 87.2 (198 kişi)'sinin inandığı ve bu yaklaşımı doğru buldukları ancak kendilerinin kanserli hastaların ağrı değerlendirmesinde böyle bir yola başvurmadıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Hastalar tarafından tutulan ağrı günçeleri sağlık bakım ekibine, yataktan kalkamama süresi ve ağrıyı geçirmek amacıyla kullanılan ilaçların dozları gibi ağrı davranışının iki önemli göstergesine ilişkin bilgi verir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 81.1 (200 kişi)'inin ağrı yönetim planının hastaya özgü olması gerektiğini belirtmeleri (Tablo 3), ağrının subjektif ve çok boyutlu doğası gereği yerinde bir yaklaşım olarak yorumlanabilir.

Unutulmamalıdır ki ağrının kendisi de konfüzyona yol açabilir. Bu nedenle hastanın konfüzyonunun olması ağrı değerlendirilmesinde hasta bildirimini dikkate almamayı gerektirmez. Bu bağlamda hemşirelere "konfüzyonu olan hastalarda ağrı değerlendirmesi, konfüzyonu olmayanlarla aynı değere sahiptir" şeklinde bir bilgi sorulduğunda % 75.3 (171 kişi)'ünün bunu doğru bulmaması (Tablo 3) konfüzyonlu hastanın ağrı bildirimini yeterince dikkate almadıklarını göstermektedir. Bu tehlikeli bir yaklaşımdır çünkü kültür, inanç, konuşma dili gibi birçok nedenlerle hasta sağlık bakım ekibi ile yeterli iletişim kuramayabilir, soruları algılayamayabilir ya da şiddetli ağrısı nedeniyle konfüze olabilir. Bu nedenle konfüzyonlu hastanın ağrı bildirimini ciddiyetle ele alınmalıdır.

Analjezikler akut ve kronik ağrılarda ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar doğru dozda ve doğru zaman aralığında kullanıldığında % 80-85 oranında ağrı kontrolü sağlayabilmektedir (Raj 2000, Mc Caffery 1996). Bu bağlamda analjeziklerin ağrı başlamadan önce ve düzenli aralıklarla verilmesi önerilmektedir (Raj 2000). Bizim araştırmamızda hemşirelerin % 75.7 (172 kişi)'sinin ağrı başlamadan analjezik verilmesini doğru bulmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Böyle bir yanılğı hastanın gereksiz ağrı çekmesine, ağrının geç kontrol altına alınmasına ve dolayısıyla ağrıya bağlı komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir.

Sağlık bakım ekibinde özellikle orta ve şiddetli ağrılarda sıkça başvurulan narkotik analjeziklerin kullanımına yönelik bir çekincenin olduğu bilinmektedir. Bu ilaçların bağımlılık yapma ve solunumu deprese etme gibi etkilerinin olduğu bilinmektedir (Eti-Aslan 2002, Mc Caffery 1990). Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün 40.000'in üzerinde kanserli hastada yaptığı araştırma sonuçlarına göre

re bu hastalardan sadece üçünde psikolojik bağımlılık meydana gelmiştir (Carr 1990).

Bu bağlamda hemşirelerin % 79.8 (181 kişi)'inin ile narkotik analjeziklerin bağımlılık yaptığına inanmaları yukarıda sözü edilen narkotik analjezik korkusunun yaygın olduğunu göstermektedir.

Kanserde en yaygın kullanılan narkotik analjezik morfindir. Ancak morfin intravenöz verildiğinde başlangıçta öfori ortaya çıkar ve hızla geçer. Bu nedenle tedaviyi sonlandırmaya gerek yoktur. Hemşirelerin bu konudaki yaklaşımı % 75.7 (172 kişi) oranı ile tedavinin sonlandırılması yönünde idi. Bu sonuçları hemşirelere mesleki eğitimleri sırasında yeterli bilgi verilmemesi, ayrıca çalıştıkları kurumlarda uygulamaların bu yönde olmasının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak ağrı ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin ağrının doğası, mekanizması değerlendirilmesi ve geçirilmesine yönelik yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bu konuda yanlış inanç ve yanlışlarının bulunduğu belirlenmiştir. Bu eksikliğin mesleki eğitim sırasında "ağrı" ya yer verilmesi, ekip çalışmasının benimsenmesi ve son 30 yılda önemi giderek kavranan ağrıya ilişkin gelişmelerin yakından izlenmesi ile giderilebileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Brochet B., Michel P., Baberger- Gaeau P.: Pain in the elderly: An epidemidogical study in southwestern France, *The Pain Clinic* 1991; 5 (73): 39.
- Carr E.: Postoperative pain: patientes' expectations and experiences, *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 89-100.
- Carr E.: Factors influencing the experience of pain, *Nursing Times* 1997; 24 (93): 53-54.
- Cohen F. L.: Post- surgical pain relief patients' nurses education choices pain 1980; 9: 265-274.
- Cristoph S. B.: Pain in the postoperative patient. KA Puntillo (Ed), *Pain in the Critically I Assesment and Management*, Maryland, Aspen publishers 1997; s. 211-221.
- Erdine S.: Ağrının tarihçesi, S. Erdine (Ed), *Ağrı*, İstanbul, 1. Baskı, Alemdar Ofset 2000; s.3-11.
- Donovan M., Dillon P., Mc Guire L.: Incidence and characteristics of pain in a sample of medicine- surgical inpatients, *Pain* 1987; 30: 69-78.
- Donovan M.: Acute pain relief, *Nursing Clinics of North America* 1990; 25 (4): 28-34.

- Eti- Aslan F.: Ağrı değerlendirme yöntemleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2002; 6 (1): 9-16.
- Eti- Aslan F.: Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler, *Sendrom*, Nisan 2002; 94- 98.
- Eti- Aslan F.: Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi, *Türk Hemşireler Dergisi* 1997; 47(6): 3-8.
- Eti- Aslan F., Badır A., Şelimen D.: How do intensive care nurses assess patients' pain, *Nursing In Critical Care* 2003; 8(2): 62-67.
- Feldt K.: The checklist of nonverbal pain indicators, *Pain Management Nursing* 2000; 1(1): 13-20.
- Ferrel B. R., Eberts M. T., Mc Caffery M., Grant M.: Clinical decision making and pain, *Cancer Nursing* 1991; 14(6): 289-297.
- Field L.: Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively?, *British Journal of Nursing* 1996; 5(13): 778-784.
- Gordon D. B., Ward S. E.: Correcting patient misconceptions about pain, *American Journal of Nursing* 1995; 95(7): 43-45.
- Kai-Cheung Chuk P.: Vital signs and nurses' choices of titrated dosages of intravenous morphine for relieving pain following cardiac surgery, *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(4): 858-865.
- Libreri F.: An acute pain service: A quality assurance survey of nurses and doctors, *Journal of Advanced Nursing* 1995; 12(4): 28-33.
- Mc Caffery M.: Pain management. Nurses lead the way to new priorities, *American Journal of Nursing* 1990; 90:45.
- Mc Caffery M.: Analgesics, *Nursing* 1996; 96: 41-47.
- Mc Caffery M., Robinson E. S.: 2002; Pain. Here' s how you respond, *Nursing* 2002, 32(10): 37-47.
- Olgun N., Eti- Aslan F.: Hemşire ve hekimlerin ağrıya yaklaşımları, *Ağrı Dergisi* 1998; 10(1): 32-36.
- Özer N., Bölükbaşı N.: Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 4(1): 7-17.
- Pasero C., Mc Caffery M.: When patient can't report pain, *American Journal of Nursing* 2000; 100(9): 22-23.
- Pasero C.: Patient ratings: the fifty vital sign, *American Journal of Nursing* 1997; 97(2): 15-16.
- Puntillo K., Weiss S. J.: Pain its mediators and associated morbidity in critical ill cardiovascular surgical patient, *Nursing Research* 1994; 43(1): 31- 35.
- Puntillo K.: Pain experiences of intensive care unit patients, *Heart Lung* 1990; 19(5): 526- 533.
- Raj P. P.: Ağrı taksonomisi, S Erdine (Ed), *Ağrı*, İstanbul, 1. Baskı, Alemdar Ofset 2000; s.12- 18.
- Seers K.: Perceptions of pain, *Nursing Times* 1987; 83(48):37-39.
- Strong J., Ashton R., Chant Dy.: The measurement of attitudes toward and beliefs about pain, *Pain* 1992; 48: 227- 236.
- Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V.: Biyoistatistik, Ankara, 6. Basım, Özdemir Yayıncılık 1998; s.46- 70.
- Tulunay M., Tulunay F. C.: Ağrı değerlendirmesi ve ölçümü, S Erdine (Ed), *Ağrı*, İstanbul, 1. Baskı, Alemdar Ofset 2000; s. 91- 110.
- Yücel A.: Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü, S Erdine (Ed), *Ağrı*, İstanbul, Alemdar Ofset, 1.Basım 2000; s.695- 698.
- Yücel A.: Hasta Kontrollü Analjezi- PCA, İstanbul Mer Matbaacılık ve Yayıncılık 1997; s.1-30.