

Akut Ağrı

Acute Pain

FATMA ETİ ASLAN*

ABSTRACT

Acute pain is usually temporary of sudden onset, and easily localized. It occurs as a result of traumatic injury surgical procedure or medical disorders. Acute pain serves a biological purpose. It acts as a warning signal that it can activate the sympathetic nervous system.

Signs and symptoms of acute pain are tachycardia, hypertension/hypotension, tachypnea, shallow respirations, agitation or restlessness, facial grimace. Vital signs may be normal in some cases.

Acute pain is greatly undertreated. Acute pain can be harmful if it has not been treated. Inadequate pain control can lead to the stress response involving the cardiovascular, pulmonary, gastrointestinal, metabolic and neuroendocrine systems problems and lipolysis and muscle protein breakdown. Inadequate pain control may increase the length of stay in hospital or intensive care unit, morbidity and mortality, and decreases quality of life.

This article reviews symptoms of acute pain, insufficiency of pain management, some scales as a tool for pain assessment and responsibility of nurses for pain control.

Key words: Acute pain, symptoms, scale, pain management, nursing care

İçsel Bir Savaşın Belirtisi Olarak Akut Ağrı

Akut ağrı bir saniyeden daha uzun altı aydan daha kısa süren, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durumdur.^(1,2) Akut ağrının başlangıcı ani ve şiddetlidir. Ağrı, basit bir iğne batmasından travmatik ekstremité amputasyonuna kadar pekçok nedenden kaynaklanabilir. Bir doku hasarı ile başlar. Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman açısından yakın ilişki vardır.

Akut ağrı, beklenen ve beklenmeyen olmak üzere ikiye ayrılır. Önceden tahmin edilebilen ve koruyucu önlemlerin alınabildiği

* F E Aslan, Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Tıbbiye Caddesi Haydarpaşa, Kadıköy / İstanbul
Tel.: 0 216 418 16 06 - 1136
e-mail: feaslan@marmara.edu.tr

ÖZET

Akut ağrı genellikle ani başlar ve iyi lokalize edilir. Travmatik yaralanmalar, cerrahi girişim ya da tıbbi hastalıklar sonucu oluşur. Akut ağrı, bir uyarı sinyali olarak da kabul edilir ve biyolojik bütünlüğü korumaya yönelik olarak sempatik sinir sistemini aktive edebilir.

Akut ağrının belirti ve bulguları; hastanın kendi ağrı bildirimini, taşikardi, hipertansiyon, hipotansiyon taşipne, yüzeysel solunum, ajitasyon ya da huzursuzluk, yüz buruşturmadır. Ancak, bazı hastalarda yaşam bulguları normal olabilir.

Akut ağrının yeterince tedavi edilmediği belirtilmektedir. Oysa yetersiz ağrı kontrolü kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, metabolik ve nöroendokrin sistem sorunları ile lipoliz ve kas protein yıkımını içeren stres yanıtı yol açabilir. Sonuç olarak yetersiz ağrı kontrolü, hastanın hastanede/yoğun bakımda kalış süresini uzatabilir, mortalite ve morbiditeyi artırır ve yaşam kalitesini düşürür.

Bu makalede; akut ağrı, belirti ve bulguları, ağrı kontrolündeki yetersizlikler ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı ve ağrı kontrolünde hemşirenin rolü ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Akut ağrı, semptom/belirti, ölçek, hemşirelik, ağrı kontrolü, bakımı



beklenen ağrıya; invaziv girişimleri ve doğum ağrısını örnek olarak verebiliriz. Buna karşın beklenmeyen ağrılarda önceden önlem alma olanağı yoktur.⁽³⁻⁶⁾

Akut ağrı, hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Bununla birlikte, yeterince tedavi edilemediği de bilinmektedir. Oysa hastayı koruma, kollama ve rahatlatma felsefesi üzerine temellenmiş olan sağlık disiplinlerinde, hastanın ağrısını geçirmeme/geçirememesi hem ihmal hem de etik bir sorun olarak da karşımıza çıkmaktadır. Çünkü ağrı; acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, davranışsal tepkilere ve otonomik değişikliklere neden olan, bir yandan da hastayı ağrıyı durdurmaya amaçlayan girişimlere yönelten, iyileşme sürecini geciktiren ve bakım maliyetini artıran bir durumdur.⁽⁴⁻⁶⁾



Türkiye'deki erişkinlerde ağrı görülme sıklığı % 63.7'dir. Akut ağrı görülme sıklığı ise %49.6'dır.⁽³⁾ Bu sonuçlara göre; erişkin bireylerin yarısının akut ağrı deneyimi vardır. Akut ağrı nedenlerinden birisi olan cerrahi girişimlerde ise ağrı görülme sıklığı %30 ile %97 arasında çok geniş bir yelpazede yer almaktadır.⁽⁴⁻⁶⁾

Cerrahi tedavi gören 353 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %58'inin "işkence verici" ağrı deneyimlediği, bu hastaların yarısından azının durumu hekim ve hemşirelere bildirdiği belirlenmiştir.⁽¹⁾ Owen ve ark.⁽⁷⁾ tarafından elektif cerrahi tedavi alan hastaların ağrı beklentileri ve ağrıların geçirilmesini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; cerrahi girişim sonrası ilk 72 saatte ciddi ağrısı olan hastaların %21'inin, orta şiddette ağrısı olanların %39'unun ağrıların geçirilemediği belirlenmiştir. Bu bulgular, 1987 yılında İngiltere'de yapılan benzer bir çalışmanın bazı bulguları ile uyumlu olup, bu çalışmada da postoperatif birinci gün; hastaların % 21'inin "çok kötü" ile "şiddetli" arasında ağrıların olduğu, çok kötü ağrısı olan hastaların % 70'inin ağrı nedeniyle öksürme ve hareket etme aktivitelerinin iyi olmadığı bulunmuştur.⁽⁸⁾

Yapılan çalışmalarda, ağrı görülme sıklığı açısından durumun ülkemizde de pek farklı olmadığını görmekteyiz. Özer ve ark.⁽⁹⁾ tarafından, 2001 yılında 300 cerrahi hastasının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada; hastaların % 93.7'sinin şiddetli ağrısının olduğu, bu hastaların %50.2'sinin ağrısını yanma/sızı şeklinde tanımladığı, %58.1'inde pansuman değişiminin ağrıyı artırdığı, %97'sinin ağrı nedeniyle etkili solunumu sürdüremediği saptanmıştır. Özbayır ve ark.⁽¹⁰⁾ tarafından yapılan diğer bir çalışmada; postoperatif dönemde hastaların %30.1'inin en çok ağrıdan, %23.3' ünün terleme, ağız kuruluğu, nefes darlığı, bulantı ve kusmadan rahatsız olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ağrı yönetimi ile ilgili karşılanmayan bakım gereksiniminin de boyutlarını göstermektedir. Özellikle akut ağrının geçirilemediği durumlarda bir çok komplikasyon ortaya çıkabilir (Tablo 1).

Akut ağrıyı tümüyle önlemek olası olmayabilir, ancak "yaşanabilir" sınırlarda hastayı rahat ettirecek ölçüde azaltmak olasıdır ve burada hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir. Çünkü, hastanın acı çekmesine izin vermek etik bir yaklaşım olmadığı gibi, ağrı; iyileşme sürecini uzatır, mortalite - morbidite oranını ve bakım maliyetini de artırır.⁽¹¹⁾

Tablo 1: Akut Ağrının Geçirilemediği Durumlarda Ortaya Çıkabilecek Komplikasyon / Sorunlar^(1,4,7,12-15)

✓ Akciğerlerde vital kapasite azalır.
✓ Pulmoner işlevlerin postoperatif dönemde gerilemesi cerrahi kesi yerinin diyafragmaya yakınlığı ile doğru orantılıdır. Bu bağlamda, özellikle batın ve toraksa uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlamakta, buna bağlı olarak da hipoksi, atelettazi, akciğer enfeksiyonu gibi komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır.
✓ Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketiminin artması ve özellikle koroner arter hastalığı olan hastalarda anjinal ağrılara, aritmi ve hatta miyokard infarktüsüne neden olabilir.
✓ Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu katekolamin ve katabolik hormonların sekresyonu artar. Anabolik hormonların sekresyonları ise azalır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu oluşur, buna bağlı olarak kan basıncı yükselir.
✓ Ağrının oluşturduğu stres ve sempatik hiperaktivite sonucu endokrin sistemde glikoz dengesinde bozukluklar ve negatif nitrojen dengesi ortaya çıkmaktadır.
✓ Ağrı anksiyeteye neden olur. Anksiyete ise kas tonüsünü artırır. Artan kas tonüsü de oksijen tüketimi ve laktik asit üretimini artırır.
✓ Ağrı nedeniyle oluşan hareketsizlik sonucu kan akımının azalması, venöz staza ve tromboembolik komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca anestezi ve postoperatif ağrı tedavisi yöntemleri özellikle aşırı obez hastalarda veya kalça cerrahisi geçirenlerde tromboembolik komplikasyon riskini artırmaktadır.
✓ Ağrı, üretra ve mesane motilitesini azaltarak idrar yapmayı güçleştirebilir.
✓ Cerrahi girişimler hastada ölüm korkusuna neden olur. Daha sonra bu korku yerini genel bir endişe ve postoperatif ağrı korkusuna bırakır. Birçok çalışmada postoperatif ağrı ile anksiyete arasında doğru ilişki olduğu gösterilmiştir. Artan korku ve anksiyete ağrı şiddetinin artmasına ve cerrahi girişim sonrası fazla opioid gereksinimine neden olur.

Akut Ağrı Kontrolünü Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin etkili akut ağrı kontrolü sağlayabilmeleri için ağrı kontrolüne etki eden faktörleri bilmeleri ve anlamaları gerekmektedir. Bu yönde bir çaba göstermeme, ağrıyı önemsememe anlamına gelir. Bazı yetersizlik nedenlerini aydınlatmak ve çözüm önerileri geliştirmek için hemşirelerin ağrı değerlendirmesindeki inanç ve tutumları ile ağrı bilgilerini daha ayrıntılı değerlendirmek gerekmektedir. Çünkü, konuya ilişkin yapılan çalışmalarda; hemşirelerin sosyal ve kültürel geçmişlerinin hastanın ağrısını değerlendirmede ve geçirme yaklaşımında etkili olduğu, kendilerinin ağrı deneyimi olan hemşirelerin hastaların ağrı ve acılarının geçirilmesine karşı daha duyarlı oldukları ve sempatik yaklaştıkları, buna karşın mesleki eğitimleri sırasında ağrıya ilişkin bilgi alan hekim ve hemşirelerin ise hastaların sadece fiziksel ağrı yakınmalarını azaltma eğiliminde oldukları belirtilmektedir.^(1,7,13,16-20) Bu araştırmalar, hekim ve hemşirelerin kendi ağrı deneyimi ile ağrı geçirme yaklaşımlarının doğrudan ilgili olduğunu göstermektedir.

Dünyada ve ülkemizde hastalar tarafından bildirilen ağrıların yarısının uygun şekilde kayıt edilmediği, kayıt edilenlerin ise hastalar tarafından bildirilenle uyuşmadığı da bilinmektedir.^(9,10,13,17-18) Bu nedenle ağrısını sözlü ya da yazılı ifade etmede güçlük çeken hastaların sesinden, vücut duruşundan ve yüz ifadesinden ipuçları yakalamak ve bunları

seçebilmek önemlidir.

Ülkemizde 2001 yılında, Özer ve ark.⁽⁹⁾ tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; hastaların %93,7'sinin cerrahi girişim sonrası ağrısının olduğu, buna karşın bu hastaların bakımını sürdüren hemşirelerin %96,2'sinin ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını belirttikleri bulunmuştur. Hasta, hekim ve hemşireler arasında ağrıya ilişkin farklı değerlendirme ve yaklaşımların örneklerini çoğaltmak olasıdır, çünkü konuya ilişkin yapılan çalışmaların tümü benzer sonuçları yansıtmaktadır. Olgun ve ark.⁽¹⁹⁾ tarafından 345 hemşire ve 241 hekimin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada; araştırmaya katılanların %53,2'sinin hastanın ağrı ifadesine inanmadığı, sadece ağrı davranışlarını dikkate aldıkları, %80,4'ünün ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımına gerek duymadığı belirlenmiştir. Ağrı tedavisi, hiç şüphesiz hastaya inanmakla başlar ve bu da sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin bilgi sahibi olmasını gerektirir. Akut ağrı kontrolü konusundaki yetersizliklerin nedenleri Tablo 2'de verilmiştir.^(4,15,20,21-23)

Akut ağrı kontrolündeki yetersizliklere baktığımızda; hastaların büyük bir kısmının orta ve şiddetli ağrı çekmelerine⁽⁷⁾, etkisiz ağrı kontrolünün ortaya çıkardığı komplikasyon / sorunların çokluğuna^(1,4,7,12-16) ve bakım maliyetinin artmasına^(2,6,12,21) şaşmamak gerekir.

Akut Ağrı Değerlendirmesinde Hemşirenin Rolü

Bu konuda yapılan çalışmalar, hemşirelerin hastaların ağrılarını onlardan daha düşük tahmin ettiklerini göstermektedir. Seers⁽⁸⁾; hemşirelerin %54'ünün hastaların ağrılarını onlardan düşük tahmin ettiklerini belirlemiştir. Ülkemizde, Olgun ve ark.⁽¹⁹⁾ tarafından yapılan diğer bir çalışmada, hemşire ve hekimlerin çoğunluğunun sadece ağrı davranışı ve fizyolojik parametrelere göre ağrının olup olmadığına karar verdikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar ağrı değerlendirmesinin hemşirelik bakımında öncelikli olmadığını düşündürmektedir. Oysa, hem yasal hem de profesyonel olarak bakımda ağrı değerlendirilmesinin standardize edilmesi önemlidir. **Akut ağrının kişiye özgü, yani nesnel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir.** Şekil 1' de ağrı değerlendirmesine yönelik bir çizelge yer almaktadır.

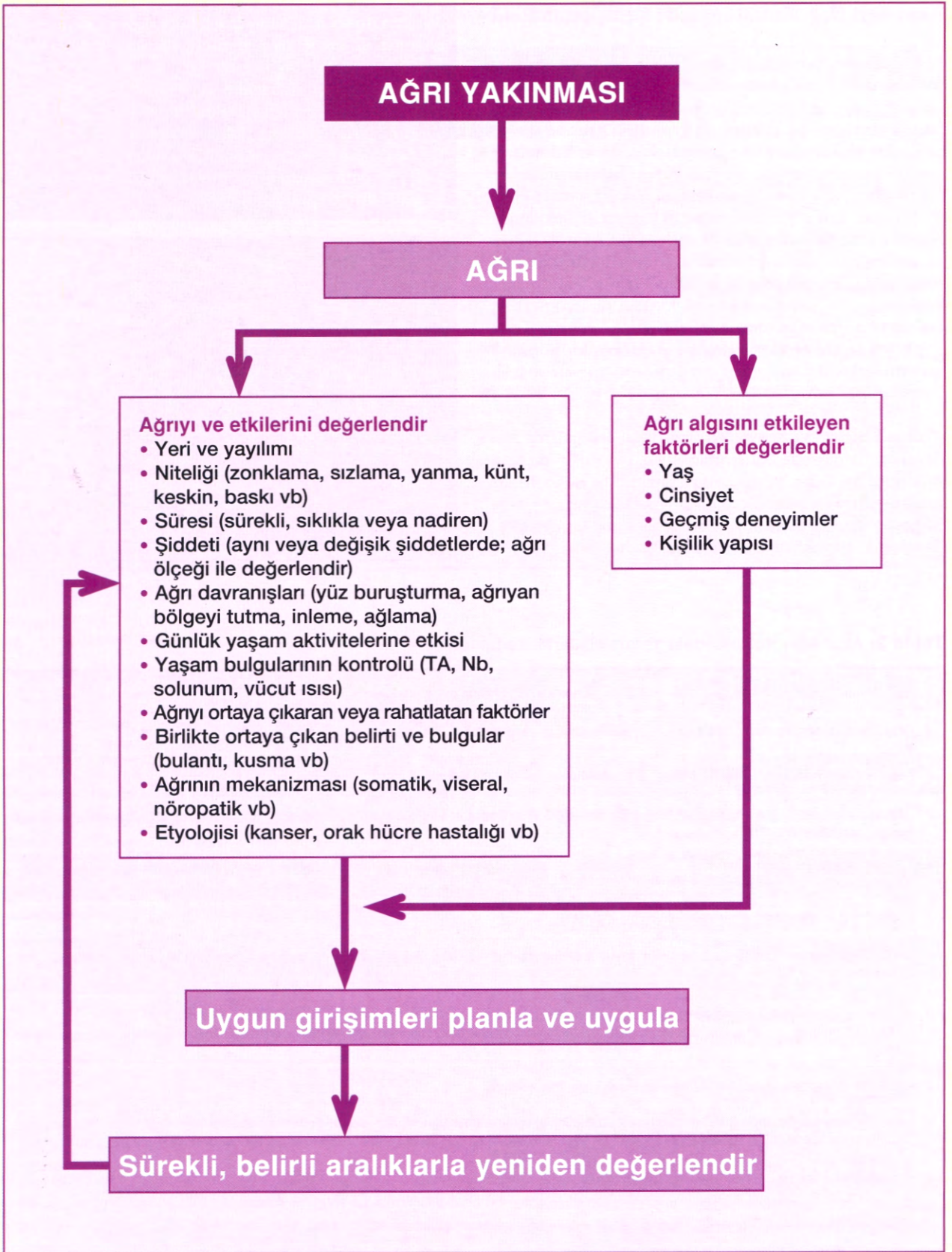
Ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle; son yıllarda ağrı değerlendirmesinde kullanılacak en güvenilir ölçeğin belirlenmesine ilişkin bir çok çalışma yapılmasına karşın, henüz sorunu çözebilecek bir ölçeğin varlığından söz etmek olası görünmemektedir. Bununla birlikte, günümüzde ağrı değerlendirmesinde bir çok yöntem kullanılmaktadır.

Ayrıca ağrısını ifade etmede güçlük çeken ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların "ağrıları yoktur" şeklinde değerlendirilmeleri, ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu nedenle, gerçekten ağrısını bildiremeyecek olan hastalar ile bildirmek istemeyenler iyi ayırt edilmeli; olası ağrı nedenleri ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır.⁽²³⁾



Tablo 2: Akut Ağrı Kontrolündeki Yetersizliklerin Nedenleri^(4,15,20,21-23)

✓ Ağrı kontrolü konusunda sağlık bakım ekibinin yeterince bilgi sahibi olmaması
✓ Yeni gelişen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması
✓ Ağrı tedavisi konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi
✓ Bir çok hastanın, ağrıyı hastalığın doğal bir sonucu olarak kabul etmesi ve uyku uyutmayacak kadar şiddetli ağrıların bile hastalar tarafından belirtilmemesi
✓ Yaşlı hastaların ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak kabul etmeleri ya da "iyi hasta" olma düşüncesi nedeniyle ağrı bildiriminde bulunmaması
✓ Hastaların analjezik gereksinimlerinin değişik olması
✓ Ağrının giderilmesi için ilaca gereksinim duyulan zamandan sonra ilacın reçetelendirilmesi ve uygulanmasına kadar geçen sürenin çok uzun olması
✓ Cerrahi girişim sonrası erken dönemde ya da travmadan sonra gelişen akut ağrılar için analjeziklerin intramüsküler (İ.M.) kullanılması (Bu dönemde, değişik derecede hipotermi veya dolaşım bozukluğu nedeniyle kan akımının yavaşlaması sonucu ilacın absorpsiyonu azalır.)
✓ Opioidlerin yan etkileri ve bağımlılık yapma riski ile ilgili sorunlar
✓ Ağrı değerlendirmesinde ideal denebilecek bir ölçüm aracının olmaması ve ağrı değerlendirme sonuçlarının vücut ısısı, kan basıncı, solunum ve nabız sayısına ek olarak beşinci bir yaşam bulgusu olarak hemşire izlem formuna ya da hasta dosyasına kayıt edilmemesi
✓ Yetersiz ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması
✓ Bazı hekimlerin Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) uygulama cihazlarını yeterince tanımaması
✓ Epidural teknikler, büyük cerrahi girişimlerden sonra ağrıyı kontrol altına almada etkili ve yararlı uygulamalar olmakla birlikte, bu uygulamaların yüksek düzeyde bilgi ve deneyim gerektirmesi



Şekil 1: Ağrı Değerlendirmesi Çizelgesi (13,18,24,25,31)

Akut Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, yeri, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekir. (Tablo 3)

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

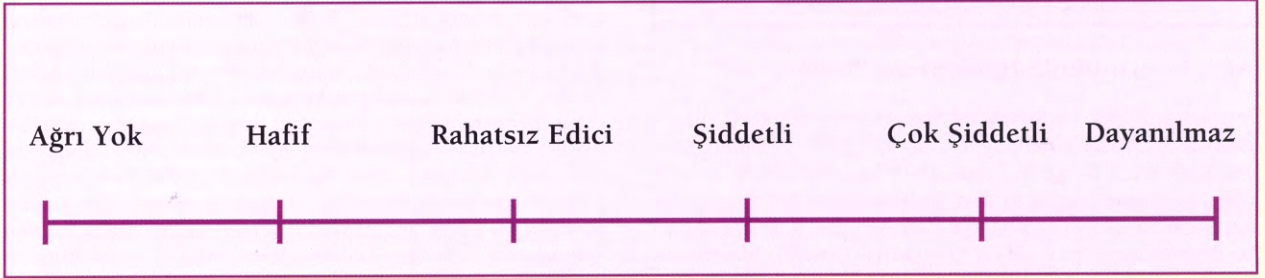
Günümüzde ağrı ölçümünde bir çok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Şekil 2’de bazı ağrı ölçekleri yer almaktadır.

Hastalar ağrı tanılama sürecine aktif olarak katılmalıdır. Hemşire hastaya ağrı kontrolünde, özellikle ağrı bildirim ve tedavinin etkinliğini değerlendirirken verdiği bilgilerin ve rolünün çok önemli olduğunu açıklamalıdır. Ağrı tanılamasında kullanılacak ölçeğin seçiminde, kurumun standartlarının yanısıra hastanın kullanım kolaylığı ve mental düzeyi de göz önünde

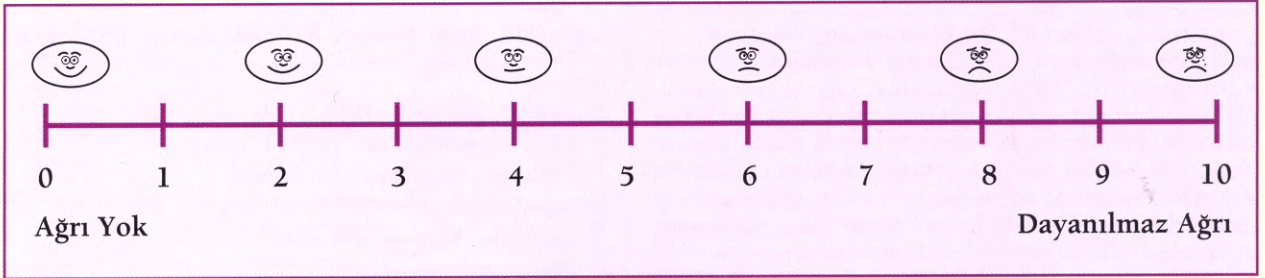
bulundurulmalıdır. Kalp ve solunum hızı, arter kan basıncı gibi fizyolojik parametreler akut ağrı değerlendirilmesinde önemli bilgiler sağlar.

En güvenilir ağrı göstergesi hastanın bildirimidir. Ne hastanın davranışları ne de yaşam bulguları bildirim yerine geçmez. Hasta bir savunma mekanizması olarak ağlarken bile gülebilir.

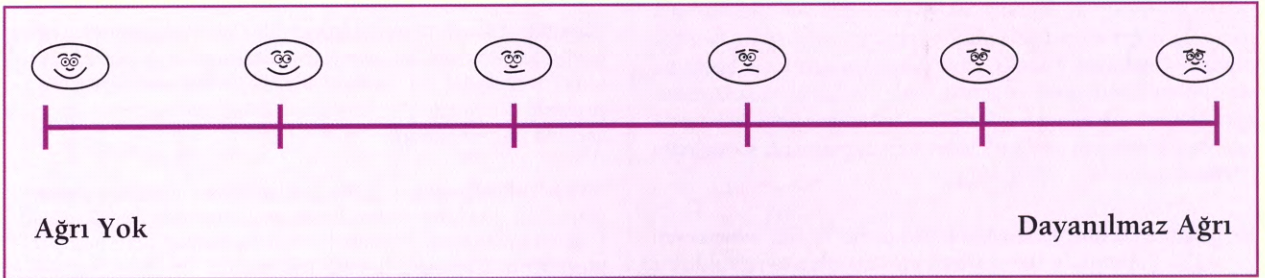
Hastanın ağrı bildirim ile davranışları arasında uyumsuzluk olabilir. Örneğin, hasta 0-10 sayısal ölçeğine göre sekiz olarak puanladığı bir ağrı tanımlarken gülüp yürüyebileceği gibi, iki puan bildiren bir hastada taşikardi, terleme gibi belirtiler görülebilir. Bu fark, başatma mekanizmalarının kullanımı ile ilgili olabilir. Hasta çeşitli nedenlerle ağrıyı reddediyor olabilir ya da “gerektiğinde” verilecek olan analjezinin sadece şiddetli ağrıya verileceğini düşünebilir. Yapılan bir çalışmada, hastaların 2/3’ ünün ağrıları şiddetlenirse analjezik isteyebileceklerini bildikleri, hemşirelerin de aynı eğilimde olup, ilacı vermeden önce ağrının şiddetlenmesini bekledikleri saptanmıştır.⁽⁷⁾



Şekil 2a: Sözel Ağrı Ölçeği



Şekil 2b: Sayısal Ağrı Ölçeği



Şekil 2c: Görsel Ağrı Ölçeği

Şekil 2: Sözel, Sayısal ve Görsel Ağrı Ölçekleri (26-28)

Tablo 3: Akut Ağrı Değerlendirmesinde Hastaya Sorulması Gereken Sorular (24,25,29-31)

✓ Ağrınız var mı? Rahatsızlık, kramp, batma... tarzında mı?
✓ Ağrı sürekli mi, aralıklı mı?
✓ Ağrı, rahatsızlık nerede? Vücudunuzun hangi bölgesinde?
✓ Bu sizin yaşamınızda deneyimlediğiniz en şiddetli ağrı mı?
✓ 0-10 sayısal ölçeğine göre ağrınıza kaç puan verirdiniz?
✓ Sözel ağrı ölçeğinde ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeyi söyleyebilirsiniz mi?
✓ Bugün yataktan kalktınız mı? Ne tür aktiviteler yaptınız?
✓ Ağrınızı artırır/ azaltan durumlar nelerdir?
✓ Ağrınız sizin yemek yemenizi, uyumanızı, yürümenizi engelliyor mu?
✓ Cerrahi girişimle ilgili olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Herhangi bir sorunuz ya da endişeniz var mı?
✓ Ağrınızı en iyi şekilde kontrol altına almamızda bize yardımcı olacağını düşündüğünüz başka bir şey var mı? Bu soru, hastanın ağrı kontrolüne aktif olarak katılımını sağlamada yardımcı olabilir.

Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ağrı kontrolünde hemşireden beklenen; tedaviye etkin olarak katılması, sonuçları izlemesi, ilaç dışı ağrı geçirme yöntemlerini kullanabilmesi ile ağrıyı “yaşanabilir” sınırlar içinde tutarak olası komplikasyon/ sorunları önleyebilmesidir. Bugün için hemşirenin bu sorumluluğu tam yerine getirebildiğini söyleyebilmek pek olası değildir. Çünkü hastaların yakınmalarının başında halen ağrı gelmekte ve ağrı halen bir sorun olmaya devam etmektedir.

Çoğu zaman geleneksel ağrı kontrolünün yetersizliği, doz miktarını azalttığı ya da kısıtladığı düşünülen hemşireye atfedilmektedir. Oysa günümüzde ağrı kontrolünün multidisipliner ekip yaklaşımıyla yürütülmesinin önemi herkes tarafından bilinmesine ve ekibin üç önemli üyesinin hasta, hemşire ve hekimin olduğunun kabul edilmesine karşın; bu ekip üyeleri arasında sadece hasta ağrıyı deneyimlemekte ve ondan kurtulmak için çaba harcamaktadır. Diğer ekip üyeleri olan hemşire ve hekimlerin ağrı kontrolündeki rolleri ise aşağıdaki gibi açıklanabilir. Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayırın ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre ile birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve başatma yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımıdır.

Hemşirenin bu rolleri, onu sağlık teknolojisi ile elde edilemeyen ve sağlık bakımında uzun süreli etkileri olan ayrıcalıklı bir yere koymaktadır. Buna karşın ağrı tedavisi ile uğraşan hekimler sadece ölçülebilir kriterlere ve giderlere göre işleyen kavramlara karşın yaptıklarını savunmaktadırlar. Bu durum ağrıyla uğraşan hekimlerin bir teknisyen gibi algılanmalarına da neden olabilmektedir (11,25,32,33).

Ağrı kontrolünde hemşirelerin vazgeçilmezliğinin bilinmesine karşın; bugün için literatür incelemeleri, klinik gözlemlerimiz ve hastaların ağrı yakınmalarına dayanarak diğer sağlık görevlileri gibi hemşirelerin de ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları söylenebilir. Hekim ve hemşirelerin %58’inin ağrı kontrolünü bilmedikleri ve ağrıyı geçirmek amacıyla yeterli önlem almadıkları (6), sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarına onlardan düşük tahmin ettikleri (14), hemşirelerin %96.23’ünün, ağrısını ifade eden hastaya her zaman inanmadıkları ve %47.62’ sinin de ağrısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemedikleri (10) belirtilmektedir.

Dünyada ve ülkemizde tıbbi literatür ve ders kitapları incelendiğinde yakın zamana kadar ağrıya ya hiç ya da çok az yer verildiği, tıp ve hemşirelik müfredatlarında ağrı kontrolüne ilişkin bir dersin bulunmadığını görmekteyiz.

Sağlık bakımı hem teknik hem de etik bir iştir. Ağrısının önlenmesi ya da giderilmesi hastanın hakkıdır. Tüm ağrıları elimine etme olasılığı olmasa da günümüz bilgi ve teknolojisi ile şu anda yaşananlar büyük ölçüde azaltılabilir. Ağrı kontrolünün etik önemi, erken mobilizasyon, hastanede yatış süresinin kısaltılması, maliyetin düşmesi gibi hastanın edindiği diğer yararlar nedeniyle de artmaktadır.

Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolü tüm sağlık ekibi üyelerinin sorumluluğudur. Başarılı ağrı kontrolünde en önemli üç kişi **hekim, hemşire** ve **hasta** olup farmakolojik yöntemler ile ağrı kontrolüne her biri ayrı yönlerden farklı katkılar sağlar. Hekim, hastanın fiziksel patolojisine ve ağrı şiddetine göre ilaç yazar; hemşire, analjezi tedavisini uygular, hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirir; ağrıyı çeken hasta da ağrının seyri hakkında bilgi verir. Bu nedenle ağrının farmakolojik kontrolü **multidisipliner** bir yaklaşım gerektirir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde ağrı tedavisine gerekli katkıyı sağlayabilmesi için ağrının farmakolojik kontrolünü bilmesi ve bu bilgileri hekim ve diğer ekip üyeleri ile etkili bir şekilde paylaşması gerekmektedir.

Ağrısı olan hasta, hemşire hakkında şunları düşünebilir.

Hemşire;

- Ağrısı ile ilgilenilecek mi?
- Ağrısının giderilmesine yardımcı olacak mı?
- Daha fazla mı ağrıya neden olacak?
- Ağrı ifadesine inanacak mı?
- Ağrısından kuşkulananacak mı?
- Ağrısını yok mu sayacak?
- Ağrı ifadesiyle yeterince ilgilenilecek mi?

Çünkü hemşirelerin hastaların ağrı ifadelerine inanmadıklarını, özellikle akut ağrı nedeni olan cerrahi girişim sonrası ağrıyı tedavinin doğal bir sonucu olarak kabul ettiklerini ve bu nedenle analjezik ilaç uygulamadıklarını gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır (5,12,13,17,34-37).

Sonuç olarak; Ağrı tedavisi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir. Bu ekibin vazgeçilmez üyelerinden birisi hemşiredir. Hastayı rahatlatma felsefesi üzerine kurulmuş olan hemşirelik mesleğinin uygulayıcısı olan hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolüne etkileyen faktörleri, görülme sıklığını değerlendirmesi ve ağrı geçirme yaklaşımlarını bilerek, ekibin aktif bir üyesi olarak çalışmak ve hastayı rahatlatmak, iyileşme sürecini hızlandırmaya katkı sağlamaktır.

KAYNAKLAR

1. Donovan M. Acute pain relief. *Nursing Clinics of North America* 1990; 25(4): 28-34.
2. Acello B. Meeting JCAHO standarts for pain control. *Nursing* 2000; 30(3): 52-54.
3. Erdine S, Hamzaoglu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı* 2001; 13: 22-30.
4. Rawal N. Postoperatif ağrı tedavisi. In: Erdine S. editor. *Ağrı*. 1. baskı, İstanbul: Alemdar Ofset; 2000. p. 124-141.
5. Cristoph SB. Pain in the postoperative patient. In: Puntillo KA. editor. *Pain in the critically ill assessment and management*. Maryland: Apsen Publishers; 1997. p. 211-221.
6. Librero F. An acute pain service: A quality assurance survey of nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 12(4): 28-33.
7. Owen H, Mc Millan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy: A survey of patient' s expectations and their experiences. *Pain* 1990; 41:30-307.
8. Seers K. Perceptions of pain. *Nursing Times* 1987; 83(48): 37-39.
9. Özer N, Bölükbaşı N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 4(1): 7-17.
10. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun I, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; (1):14-23.
11. Carr E, Thomas VJ. Anticipating and experiencing postoperative pain: The patients perspective. *Journal of Clinical Nursing* 1997;6 (3):191-201.
12. Ketovuori H. Nurses' and patients' conceptions of wound pain and the administration of analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management* 1987; 2: 213-219.
13. Field L. Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? *British Journal of Nursing* 1996; 5(13): 778-784.
14. Eti-Aslan F. Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi* 1997; 47(6): 3-8.
15. Eti-Aslan F. Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler. *Sendrom* 2002; Nisan: 94-98.
16. Carr E. Managing postoperative pain: Problems and solutions. In: Thomas VN. editor. *Pain: Its nature and management*. London: Baillier Tindall; 1998. p.156-175.
17. Hollinworth H. No gain? Postoperative pain. *Nursing Times* 1994; 90(1): 24-27.
18. King I.The influence of nursing expertise on the assessment of pain: A qualitative study. In: Thomas VN. editor. *Pain: Its nature and management*. London: Bailliere Tindal; 1998: 2; 213-219.
19. Olgun N, Eti-Aslan F. Hemşire ve hekimlerin ağrıya yaklaşımları. *Ağrı* 1998; 10(1): 32-36.
20. Carr E. Factors influencing the experiences of pain. *Nursing Times* 1997;24(93):53-54.
21. Pasero CL, Mc Caffery M. Managing postoperative pain in elderly. *American Journal of Nursing* 1996; 96(10):38-46.
22. Pasero C. Patients rating: The fifty vital sign. *American Journal of Nursing* 1997; 97(2): 15-16.
23. Pasero C, McCaffery M. When patients can't report pain. *American Journal of Nursing* 2000; 100(9): 22-23.
24. Feldt K. The checklist of nonverbal pain indicators. *Pain Management Nursing* 2000; 1(1): 13-20.
25. Pasero C, Gordon DB. JCAHO on assessing and managing pain. *American Journal of Nursing* 1999; 97(7): 22.
26. Melzack R, Katz J. The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and current status, *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992.p. 152-168.
27. Black JM, Matasarrin-Jacobs E. *Medical-surgical nursing*, 4th ed. London: WB Saunders Company; 1993.p. 313-358.
28. Tulunay M, Tulunay FC *Ağrı değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri*. S Erdine. editör. *Ağrı*. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000.s.91-107.
29. McCaffery M. Pain management. Nurses lead the way to new priorities. *American Journal of Nursing* 1990; 90: 45.
30. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6(1): 9-16.
31. Eti-Aslan F. Postoperatif ağrı değerlendirilmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. *Yoğun Bakım* 2003;7(2).
32. Waterhouse M. Why pain assessment must start with believing the patient. *Nursing Times* 1996; 92(38): 42-43.
33. Yücel A. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. In: Erdine S. editor. *Ağrı*. 1. baskı. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000. s.695-698.
34. Health ML. The use of pharmacology in pain management. In: Thomas VN, editor. *Pain:Its nature and management*. London: Bailliere Tindal; 1998. p. 93-107.
35. Cohen FI. A comparison of nurses' recorded assessment of pain with perceptions of pain as described by cancer patients. *Cancer Nursing* 1988; 11:237-243.
36. McCaffery M. Analgesics. *Nursing* 1996; 96:41-47.
37. Carr E. Postoperative pain: patients' expectations and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15:89-100.