

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEVGİ OKTAY

86619

AĞRI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ VE İNANÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

(DOKTORA TEZİ)

HALE ÜSTKAN

İSTANBUL - 1999

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEVGİ OKTAY

**AĞRI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ VE İNANÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(DOKTORA TEZİ)

T 86619

HALE ÜSTKAN

İSTANBUL - 1999

**Y.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
4.BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	37
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7.ÖZET.....	46
8.SUMMARY.....	47
9.KAYNAKLAR.....	48
10.EKLER.....	55
11.ÖZGEÇMİŞ.....	81

GİRİŞ

İnsanoğlunun düşünmeye başlaması ile kafasını kurcalayan temel sorunların başında ağrı geliyordu ve bu sorun günümüze dek insanoğlunun en önemli uğraşları arasında yer aldı (28,42).

Ağrının, her çağda gerçek bir olgu olarak karşımıza çıkmasına karşın çağlar boyunca; nedeni ve onunla nasıl başa çıkılabileceği sorularının, günümüze dek tam olarak yanıt bulduğunu söyleyemeyiz. Her çağda ağrıya karşı düşünce ve tavırlarda farklılıklar gözlenmiş ve bu farklılıklara paralel olarak ağrı ile mücadelede büyü, din, batıl inançlar, felsefe ya da pratik yaklaşımlar gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (28).

İlk çağlardan günümüze dek süren ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleri ile ilgili uğraşlar günümüzde de büyük bir ivme kazanarak sürmekte ve her geçen gün bilim adamlarının daha fazla ilgisini çekmektedir (28,42).

Ağrı kavramı, son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmuştur. Tıp, hemşirelik ve davranış bilimlerinde yapılan ağrı çalışmalarına rağmen hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısı yeterince dindirilememektedir. Sözü edilen bu eksikliğin nedenlerinden birisi ağrı biliminin yeni olması, diğer önemli nedeni ise hekim ve hemşirelerin ağrı tanılama ve yönetimi konusunda bilgi yetersizliği olduğu yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (9,12,15,18,32,37,41,42,64).

Ağrı kontrolünde multidisipliner bir ekip anlayışı vazgeçilmez bir kavramdır. Farklı ekip üyelerinin ağırlı hasta için yaptıkları kesin çizgilerle ayrılamaz. Ekip üyelerinin işlevlerinde çakışmalar vardır. Ancak ağrı konusunda hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran en önemli özellik hemşirenin ağrısı olan hasta ile diğer görevlilerden

daha uzun süre birlikte olmasıdır. İdeal olarak ağırlı hastanın bakımı multidisipliner olmakla birlikte çoğu olguda hemşirelik bakımı kritik bir önem taşır (14,30,42,54,70).

Bu çalışma hemşirelerin ağırlı hastaya yaklaşımlarının saptanması, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimi karşılayacak hizmet içi eğitimin, bakımın kalitesine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

- Hemşirelerin aldıkları eğitim sonunda bilgi düzeylerinde artış görülecektir.
- Hemşirelerin bilgi düzeyindeki artış uygulamalarına yansıtacak ve daha terapötik ve bilinçli girişimlerde bulunacaklardır.
- Hemşirelerin bilgi ve uygulamalarındaki başarı düzeyi artınca bu direkt olarak hasta doyumunu etkileyecek ve doyumda artış gözlenecektir.

GENEL BİLGİLER

Ağrı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan bir emosyonel durumdur (25,36,42). Ağrı kompleks ve kişisel bir fenomendir ve sadece anatomik yapıları ve fizyolojik davranışları değil psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri de içerir. Ağrı, aynı zamanda kişiyi profesyonel yardım almaya en fazla motive eden semptomdur. Geliştirilen etkili ağrı giderme yöntemlerine rağmen milyonlarca insan akut ya da kronik ağrı çekmektedir (25,26,42)).

Ağrının tarihçesi insanlık kadar eskidir. *Bakan* (5), "ağrının doğup büyürken, hastalıkta ve ölümden, varoluş ile yakın ilişkili bir fenomen olduğunu ve bütün insan deneyimlerinin en göze çarpanlarının üstünde, hayatın anlamını sorgulayan bir deneyim" olduğunu belirterek ağrının önemini vurgulamaktadır. İkel toplumlarda sıcak, soğuk, çamur banyoları ve bazı bitkisel maddelerin ağrı tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir (28). Ağrının bilimsel temeli, 19.yy'da nörolojideki gelişmelere paralel olarak sinir sistemi, sinir lifleri, reseptör bağlantıları ile ilgili bilgilerin gelişimi ile atılmıştır. Ancak bu konudaki asıl bilgiler II. Dünya Savaşı'ndan sonra anatomi ve fizyolojideki gelişmeler ve değişik bilim dallarında araştırmacıların bilimsel metodlarla yaptıkları ağrının anlamına ilişkin araştırmalarla ortaya çıkmıştır (5,28).

Bu gelişmelerin sonucunda *John Bonica* tarafından USA'da ilk ağrı kliniği 1953 yılında açılmıştır. 1965'de *Melzack ve Wall* tarafından "kapı kontrol teorisinin" geliştirilmesi ile ağrı daha bütüncül olarak değerlendirilmiş ve bu teori ışığında pek çok araştırma gerçekleştirilmiştir (5,25,42). Ağrı ile ilgili kurumsallaşma Ağrı Araştırma Örgütü'nün 1974 yılında kurulması ile gerçekleşmiş, ülkemizde ise ilk ağrı dergisi 1989 yılında yayınlanmış, ilk ağrı kliniği 1990 yılında kurulmuştur (25,28,42).

AĞRI ALGISI

Ağrı ile ilgili yaklaşımın belirlenmesi için ağrıya etki eden değişkenlerin saptanması gereklidir. Genel olarak, ağrının hasarlanmış dokuların bir göstergesi olduğu kabul edilmekle birlikte, ağrı süreci tek başına reseptör uyarısına bağlı değildir. Doku hasarının oluşturduğu sinirsel uyarıların sinir sistemine girişinin yanısıra kişisel deneyimler, kültür, anksiyete ve diğer sosyal süreçler ağrı algısı üzerine etkilidir. Ağrı kişiden kişiye, kültürden kültüre farklılık gösterir. Bir kişide dayanılmaz ağrı oluşturan bir uyarana diğer bir kişi rahatça katlanabilir. Ağrı bireye özgü psikolojik faktörlerden etkilenen kişisel bir deneyimdir (5,6,25,28,36,42).

Hastanın ağrı hakkındaki inançları, gerek ağrıyı algılaması ve toleransını gerekse ağrının tedavisine yanıtını etkilemektedir. *Williams ve Keefe*(68) hastaların inanışlarının ağrı ile başa çıkmada kullanılan davranışçı ve bilişsel yöntemler üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, 120 kronik ağrısı olan hastada ağrının gizemli bir deneyim olup olmadığı ve ne kadar süreceği ile ilgili inanışlarının hastanın tedavi programlarına uyumuna etkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak ağrının sürekli ve manalı (gizemli) olduğuna inananlarda tedaviye uyum daha yetersiz bulunmuştur (68).

Ağrı incitici bir deneyimdir ve ağrının lisanı her kültürde değişik olmakla birlikte sağlık çalışanları bu duyumu doğru algılamayı ve tanımlamayı öğrenmek durumundadır (17).

Hastalar ağrıyı sıklıkla çaresizlik, anksiyete, depresyon, suçluluk, öfke ve kızgınlıkla ifade ederler. Hastayı rahatlatamayan hemşireler de çaresizlik hisseder ve bunu hastadan kaçmak , hastayla çatışmak ve ilgisiz kalmak şeklinde ifade eder. Hemşireler hastanın ağrısına nasıl yaklaşılacağı konusunda davranışlarını değiştirmede zorluk yaşarlar (16).

Ağrı değerlendirilirken subjektif veriler (hastanın duyumu) ile objektif veriler arasındaki uyumsuzluğun yarattığı bazı aksaklıklar sözkonusudur. Örneğin, bağımlılığa yatkın olan hastaların, gereğinden sık narkotik analjezik istemelerine karşın narkotik kullanmaktan çekinen hastaların ağrılarını saklaması olasıdır. Ayrıca narkotikle dindirilemeyecek ağrı olmadığı inancı yanlıştır, hastanın ağrı algılaması kabul edilmelidir. Ağrı ile ilgili kişiler hastanın ağrısının şiddetini ve varlığını sadece fizik muayene ve bulgularla değerlendirebileceklerini zannederler (16,72).

Ağrıya ekip yaklaşımının kabulünden önce hastalar ağrı kontrolünde verilecek kararlarda söz sahibi değildiler ve hemşireler farmakolojik yöntemler ve psikososyal girişimler hakkında kısıtlı bilgiye sahiptiler. Bu deneyim, bilgi ve interdisipliner protokol eksikliği, hem hemşirelerin hem de hastaların çaresizlik hissetmesine neden olmaktadır. Hasta bakım ünitelerinde yaşanan ikna, tartışma, tehdit ve otoriteye uyumsuzluk gibi karşılıklı etkileşimler, ağrının ancak tıbbi personel ve hastalar tarafından birlikte yönetilebileceğinin farkına varılmasını sağlamıştır Hemşireler ağrı giderme girişimlerinin etkin olmaması durumunda çaresizlik ve ümitsizlik hissetmektedirler (16).

Ağrıya güncel yaklaşım, hasta algısına önem verip tedaviyi belirlemede dikkate almak yönünde olmakla birlikte, ağrı tedavisinde yer alan ekip içinde halen hastanın ağrı algısının değerlendirilmesinde yanlış inanışlar mevcuttur. Örneğin, *Mc Caffery* (50) plasebo ile ilgili yazısında, “plasebo ile geçen ağrının gerçek bir ağrı olmadığı, plasebo ile geçen ağrıları olan hastaların simülasyon yaptığı, plasebonun şiddetli ağrıyı geçirmeyeceği” görüşlerinin *yanlış* olduğunu belirtmiştir. Yine, “anksiyetenin ağrının bir komponenti olduğu, plasebonun zararsız olduğu ve yan etkisi olmadığı, plasebo ile geçen ağrısı olanların yeterince zeki olmayıp kolay aldatılan bağımlı kişiler olduğu, hasta plasebo aldığını bilirse plasebonun işe yaramayacağı, plasebonun aktif ilaçlar olmayıp reçete edilmeden kullanılabiliceği” yönündeki inanışlar gerçeği yansıtmamaktadır (50).

Hastaların postoperatif ağrısının hemşireler tarafından değerlendirildiği bir çalışmada, abdominal cerrahi girişim geçiren 119 hastada bu hastalara bakan 119 hemşirenin, hastaya göre şiddetli olan ağrıyı göreceli olarak hafif , hafif ağrıyı ise göreceli olarak şiddetli değerlendirdiği saptanmıştır (72).

Yukarıda sözü edilen bilgiler ışığında, günümüzde hemşirelik bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Hemşire hastayı değerlendirirken, inançlarını, yaşam biçimini ve kişilik yapısını da gözönüne almalıdır (35).

AĞRININ KONTROLÜ

AĞRININ FARMAKOLOJİK YÖNTEMLERLE KONTROLÜ

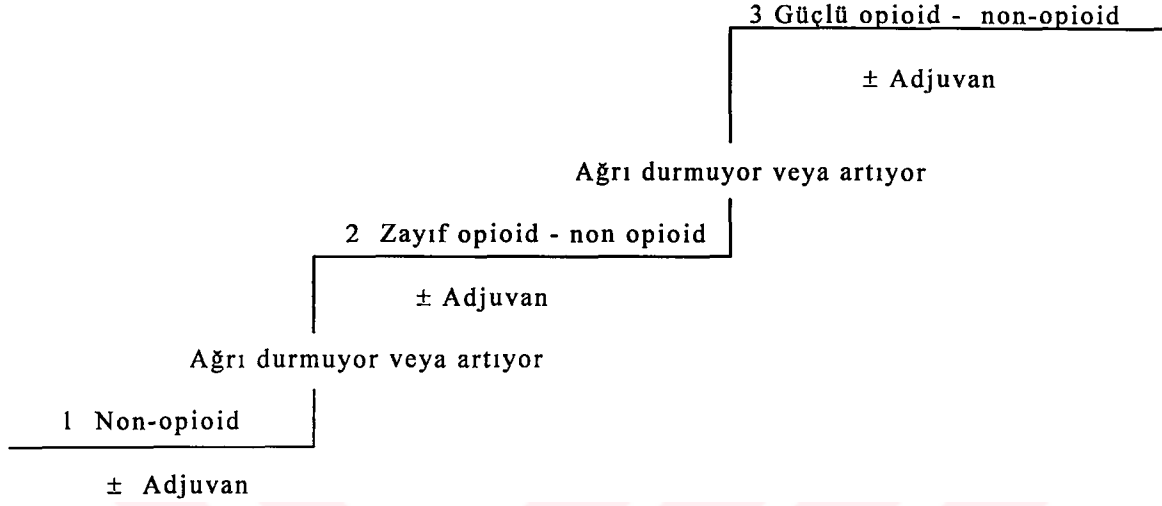
Ağrının kontrolünde ilaçlar önemli bir yer tutmaktadır. İlaçların uygulamasında ve alınan sonuçlarda hekimin yanısıra hemşirenin de önemli sorumluluğu vardır ve tedavinin etkinliğinin ortaya çıkması için hastanın işbirliği şarttır (25,42,69).

Hekim hastanın belirti ve bulgularına ve hastalığın türüne uygun ilacı belirlerken, hemşire hastanın tedaviye verdiği yanıtı değerlendirir. Hasta ise ağrının seyri hakkında bilgi verir. Bu nedenle ağrının farmakolojik kontrolü için tüm ekibin hasta ile işbirliği gereklidir. Ağrının farmakolojik kontrolünün başarısı hekim kadar hemşirenin de tedavide kullanılan analjeziklerin etki ve yan etkilerini bilmesine bağlıdır (69).

Ağrı giderilmesinde kullanılan analjezikler, narkotik olmayan analjezikler, narkotik analjezikler-opioidler, adjuvan analjeziklerdir.

DSÖ ağrının farmakolojik kontrolü için üç basamaklı bir şema önermiştir (Şekil1) (11,26,62,69).

Şekil 1.



Genel prensipleri bu şekilde belirlenen farmakolojik tedavide çeşitli uygulamalar olmakla birlikte asıl amaç mümkün olan en düşük ilaç ile maksimum analjezi sağlayıp ağrılı hastanın yaşam konforunu arttırıp mümkün olduğu kadar normal günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlamaktır (12,13,14,15,16,17).

AĞRININ NONFARMAKOLOJİK KONTROLÜ

Ağrının nonfarmakolojik kontrolünde, medikal uygulamalardan (sinir blokları, nöroşirurjikal uygulamalar, peridural intratekal ve intraventriküler opioid uygulaması) periferik tekniklerden ve kognitif- davranışsal tekniklerden yararlanılır.

MEDİKAL UYGULAMALAR

Ağrının non farmakolojik kontrolü özellikle kronik sürekli ağrısı olan kanser hastaları gibi olgularda önem kazanmaktadır. Bu olgularda farmakolojik tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda son yıllarda geliştirilen nörolitik sinir blokları ve bazı özel cerrahi girişimler ile ağrı tedavi edilmeye çalışılmaktadır (25,29,42).

Sinir Blokları: Nörolitik sinir blokları periferde ya da medulla spinalis düzeyinde sinir liflerinin uzun süreli destrüksiyonunu sağlayan ve nörolitik ajanlarla gerçekleştirilen bloklardır (6,29,42). Örneğin kronik ağrıda uzun süreli satellat ganglion blokajı ile cerrahi ve tıbbi tedavi şansı olmayan vazospastik kökenli ve posttravmatik ağrılarda satellat ganglion blokaj ile etkin bir ağrı tedavisinin mümkün olduğu bildirilmiştir (29,30,63).

Nöroşirürjikal Girişimler: Diğer konservatif yöntemlerin yeterli olmadığı hallerde bazen ağrı tedavisi için ağrılı bölgeyle ilişkili sinirlere cerrahi müdahale gerekebilir (25,40,59).

Peridural İntratekal Ve İntraventriküler Opioid Uygulaması: Opioidlerin intratekal ve peridural bölgeye verilmesiyle ağrı selektif olarak bloke olmakta ; sensorial motor ve sempatik fonksiyonlarda bir değişiklik oluşmamaktadır. Bu nedenle intradural ve peridural opioid analjezisine selektif spinal analjezi adı da verilmektedir. Genellikle terminal kanserli hastalarda kullanılan bir yöntemdir (13,14,20,25,40).

PERİFERİK TEKNİKLER

Ağrı tedavisinde analjezinin tek başına yeterli olmayışı eskiden beri uygulanan geleneksel bazı ağrı giderici yöntemlerin bilimsel bir baza oturtularak yeniden kullanılmasına yol açmıştır. Ağrı kesiciler kullanılmadan ağrıyı hafifletmeye yarayan bu yöntemler bazen şaşılacak kadar etkili olmaktadır (2,49). Soğuk, sıcak uygulama, masaj gibi yöntemlerin ağrı üzerindeki rolü araştırılmaya devam etmektedir. Bu yöntemlerin çoğu, özel bir eğitim gerekmeksizin hemşireler tarafından uygulanabilmektedir (2,42,49).

- ◆ **Soğuk Uygulama:** Ağrıyan bölgede lokal olarak 15 °C civarında yüzeysel soğutma ile ağrıyı azaltmaya yönelik bir yöntemdir. Bu yöntem ile kas ısısı düşürülerek kas içciklerinin gerilme hassasiyeti azalır ve kaslardaki tetik noktalar inaktive olarak kas spazmı azalır, sinir lifleri ve reseptörlerin ısısını düşürüp deri duyarlılığını azaltır. Yeterli soğutma ile eklem sertliği de azaltılabilir. Bu işlem hemşire tarafından uygulanabileceği gibi yine hemşire tarafından hasta ve ailesine de öğretilebilir (4).

- ◆ **Yüzeysel Sıcak Uygulama:** Yüzeysel sıcak uygulama, (enflamasyon yoksa/gerilemişse) vazodilatasyon etkisi ile ağrıyı azaltır. Kan dolaşımını arttırarak doku beslenmesini artırır ve ağrıya yol açan lokal inflamatuvar mediatörlerin uzaklaştırılmasını sağlar. Ağrıyı inhibe eden refleksleri uyarır. Ağrı üzerine periferel sinirlerdeki ağrı eşiğini yükselterek de olumlu etkisi olmaktadır (4,52). Yüzeysel sıcak uygulama tedavisinde, ıslak sıcak pansuman, sıcak su banyosu, infrared ışınlar, parafin banyoları uygulanırken, derin sıcak uygulama tedavisinde daha çok ultrason ve kısa dalga diatermi kullanılmaktadır (4). Böylece kas spazmı, eklem tutukluğu ve ağrı azalmaktadır (2,4,8,25,42,49,52). Bu yöntem de hemşireler tarafından uygulanıp hasta ve ailesine öğretilir.
- ◆ **Masaj:** Ağrı tedavisindeki rolü eski çağlardan beri bilinen bu yöntem, tromboflebit, infeksiyon, doku nekrozu ve malignite gibi durumlarda kontrendikedir (52). Masajın ağrıyı durdurmasındaki mekanizmalardan birincisi yüzeysel venler ve lenfatiklerin dolaşımını hızlandırarak ödemi azaltması, ikincisi ise refleks yolla kapillerlerde ve arteriollerde dilatasyona neden olmasıdır. Bu iki mekanizma ile doku dolaşımını düzenleyerek ağrıyı azaltmaktadır (27,52).
- ◆ **Terapötik Dokunma:** Terapötik dokunma vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Yöntemin esası ilkel çağlara dayanmaktadır. Bilimsel temeli fizyoterapi hemşiresi *Dolores Kreiger*(53) tarafından geliştirilmiştir. *Bioenerji* olarak tanımlanan bu yöntemde hastanın varlığını algılayıp simetrik enerji noktaları belirlendikten sonra enerjinin düzenlenmesi ve böylece tedavinin gerçekleşmesi sağlanmaktadır. Bu yöntemle yapılan bilimsel araştırmalarda ağrıyı azalttığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Bu yöntemde özel eğitim almış hemşirelerce uygulanabilir (52,53).
- ◆ **Vibrasyon:** Bir tür elektrik masajıdır. Dokuda oluşturduğu titreşim ile parestezi ve anestezi oluşturur. Bu şekilde vibrasyonun devamı sırasında ağrıyı kestiği gibi uygulama süresi 25 dakikanın üstüne çıkarılınca ağrıyı birkaç saat gidermektedir (42).

- ◆ **Deriye Mentol Uygulama:** Mentol içeren maddelerin deriye lokal olarak uygulanması ile bir tür eksternal lokal anestezi sağlanır. Ciltte yol açtığı hafif ısı artışı ya da hafif serinlik duygusu ağrı algısını azaltmaktadır (2,42,49).
- ◆ **Transkütan Sinir Stimülasyonu (TENS):** Bu yöntemde elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine ulaştırılan elektrik enerjisi iki yolla ağrıyı gidermektedir. Bunlardan birincisi kalın çaplı miyelinli A beta liflerinin aktivasyonu ile ağrı iletim noktaları ağrı impulsuna karşı kapanır. İkinci mekanizma ise derin lif aktivasyonu sonucunda endorfin salgısına neden olur (2,4,25,27,42,49,52,71). TENS ile insizyona bağlı ağrının plaseboya göre istatistiki olarak anlamlı derecede azaldığı solunum fonksiyonları ve arteriel kan gazlarının olumlu yönde etkilendiği gözlenmiştir (22).

KOGNİTİF- DAVRANIŞSAL TEKNİKLER

Ağrının, subjektif özellikleri olması ve telkine dayalı yöntemlerden yarar görmesi nedeniyle ağrı tedavisinde kognitif ve davranışsal yöntemlerin kullanılması son yıllarda büyük önem kazanmıştır. Bu yöntemler duyuşsal faktörlerde oluşturdukları değişiklik yolu ile etki etmektedir (8,25,27,42,53,60).

- ◆ **Gevşeme:** Bu yöntem anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliği göreceli olarak azaltmaya yarar. Direkt olarak ağrıyı gidermemekle birlikte ağrı sonucu ortaya çıkan kas gerginliğinin ve anksiyetenin engellenmesi ağrı algısını azaltır (2,8,27,49,58,60,66). Postoperatif ağrıya relaksasyonun etkisinin araştırıldığı bir çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastalarda gevşeme teknikleri ile ağrının büyük ölçüde azaldığı gösterilmiştir (66). Gevşeme ile oksijen tüketimi, kas tonusu, kalp ve solunum hızı azalır kan basıncı düşer ve deri direnci artar. Gevşeme başlıca, progresif kas gevşemesi, pasif progresif gevşeme, hipnoz, yoga, meditasyon ve biofeedback gibi yöntemler ile uygulanır. Bu yöntemlerden biofeedback son yıllarda popülerlik kazanmış ve pek çok araştırmaya konu olmuştur. Biofeedback, gevşeme teknikleri ve cihazlar yardımı ile fizyolojik cevapların farkına varılması ve kalp hızı, vazokonstriksiyon gibi yanıtlarda değişiklik yapmaya dayanır. Biofeedback ile ağrılı

durumlarda ağrıyı arttıran kas spazmı gibi ek faktörlerin önüne geçilebilmektedir (7,24,52). Bu yöntemle baş ağrıları, kas gerginliğine bağlı ağrılar, sırt ağrıları, fantom ağrılar hatta kanser ağrılarını kontrol etmek mümkün olmaktadır (7,21,24,48,51,52).

- ◆ **Dikkati Başka Yöne Çekme:**Dikkatin ağrı dışında bir noktada odaklaşmasıdır. Bu uyarıcı basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir uyarıcı olabilir. Böylece hastanın dikkati ağrıdan uzaklaşır, diğer duysal girdileri daha iyi algılayabilir. Bu teknik ile ağrı toleransı artıp algı eşiği yükselerek ağrı duyumunun şiddeti azalır. Hastada kendini kontrol duygusu doğar (24,25,27,42,52,58,60).
- ◆ **Müzik:**Gevşeme ya da dikkati başka yöne çekme gibi etkiler ile ağrıyı azalttığı düşünülmektedir. Bu konuda diğer bir teori de, işitsel uyarının ağrıyı direkt nörolojik yolla baskıladığı ve endorfin salgısını arttırıp gevşemeyi başlattığıdır. Hastanın aktif olarak katıldığı bir yöntemdir (2,42,52,58).
- ◆ **Düşleme:**Çoğu insanın günlük hayatında kullandığı bu yöntem de bir diğer dikkati başka yöne çekme yoludur. Bilinçli biçimde başka bir konuya konsantre olarak ağrı algısının azaltılması yöntemidir. Ağrı toleransı ve ağrı ile ilgili stresi azaltmada yararlı olmaktadır (2,47,52,58).
- ◆ **Kognitif Stratejiler:** Bu yöntem ağrının yalnız algısal değil, kültürel ve bireysel anlamının ağrı duyumsaması üzerindeki etkileri gözönüne alınarak geliştirilmiştir. Bu yöntemler ile tedaviye uyumu bozan düşünce davranış ve inanışların azaltılması hedeflenir. Böylece dikkat ve duyuların ağrıya yönelimi azaltılmaya çalışılır. Hastalarda benlik saygısı ve özdenetim duygusu arttırılır. Bunlar sırasıyla “dikkat, atfetme, kabullenme ve kendini ifade” gibi süreçlerdir. Bu süreçlerin sonucunda olumlu düşünce ve davranışlar geliştirilerek depresyon ve uyum bozuklukları da azalmaktadır (10,44,47,57,58,60).

AĞRILI HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Ağrılı hastada hemşirelik bakımında; değerlendirme, hemşirelik tanıları, amaç ve hemşirelik girişimleri gibi bölümler ele alınmıştır (38,42,65).

DEĞERLENDİRME

Hemşirelik Hikayesi (Fonksiyonel Sağlık Bulguları)

1.Sağlık Algılaması

- ◆ Hasta, “tipik olarak iyi lokalize edilen keskin bir ağrı” ya da “iyi lokalize edilemeyen ağrı” (yanma veya basınç hissi) tarif edebilir.
- ◆ Enerji eksikliğinden şikayet edebilir.

2.Beslenme-Metabolik Durum

- ◆ Beslenme alışkanlığındaki değişiklikleri rapor edebilir (anoreksiya gibi).
- ◆ Bulantı, kusma (şiddetli kronik ağrıda) olabilir.

3.Eliminasyon

- ◆ Eliminasyonda ağrı,
- ◆ Ağrıdan kaçmak için defekasyon veya idrara çıkmada gecikme;

4.Aktivite-Egzersiz

- ◆ Hareketsizlik,
- ◆ Normal hareketlerde yetersizlik,
- ◆ Yorgunluk;

5.Uyku-İstirahat

- ◆ Ağrıdan dolayı istirahat ve uykusuzluk;

6.Kavramsal Durumlar

- ◆ Mevcut olan ağrıya diğerlerinin inanmayacağı endişesi,
- ◆ Konsantrasyon bozukluğu olabilir.

7.Kendi Kendini Algılama

- ◆ Kendisinin değersizleştiğini hissedebilir,
- ◆ Depresyon,
- ◆ Bağımlı olma endişesi olabilir.

8.Rol ve İlişki Durumu

- ◆ Ağrısı hakkında diğerlerinin tutumunu önemser,
- ◆ Ağrıdan dolayı diğerleriyle sınırlı ilişki kurabilir,
- ◆ Ağrıdan dolayı diğerlerine bağımlı olabilir.

9.Seksüel Durum

- ◆ Cinsel yetersizlik endişesi (kronik ağrıdan dolayı) içindedir.

10.Stressle Başa Çıkmaya Tolerans Durumu

- ◆ Gerilim ve artmış stress,
- ◆ Normal günlük yaşam aktivitelerinden kaynaklanan stresslerle başa çıkmada yetersizlik,
- ◆ Ağrının geçirilmesindeki yetersizlik ya da ağrıdan kurtulamama sonucu tepkilerde aşırılık, hırçınlık,
- ◆ Ağrıyla başa çıkamama,
- ◆ Ağrıyı geçirmek için bazı kimyasal maddelere karşı bağımlı olma endişesi olabilir.

11.Değer-İnanç Durumu

- ◆ “Yanlışlarından veya günahlarından ötürü cezalandırıldığı ve bundan dolayı acı çektiği” inancı,
- ◆ Dininden, inançlarından veya bağımlı olma korkusundan dolayı ağrı kesicileri düzenli almamaya eğilimi olabilir.

Fiziksel Bulgular

Kardiyovasküler

Hipertansiyon
Taşikardi
Hipotansiyon(nadir)
Bradikardi(nadir)

Pulmoner

Takipne
Yüzeysel solunum
Nefessiz kalma

Nörolojik

Konsantrasyon bozukluğu
Huzursuzluk
İrritabilite
Oryantasyon bozukluğu
Ağlama, bağırma
İnleme

Deri

Terleme

Kas-İskelet Sistemi

Gergin vücut postürü
Kas spazmları,tremorlar
Ağrıdan korunmak için pozisyon alma, huzursuzluk
Surat buruşturma/sıkıntılı bir görünüm
Kıvrınma
Doğal olmayan sessizlik hali (nadir)

Tanı İşlemleri

- ◆ Her hastaya özgü bakılır.

Potansiyel Komplikasyonlar

- ◆ Bitkinlik
- ◆ İnatçı, geçirilemeyen ağrı
- ◆ İntihar

Aşağıda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nin hazırladığı bir *Ağrı Tanılama Formu* örneği verilmiştir.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

AĞRI TANILAMA FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Yaşı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Tanı:

Protokol No:

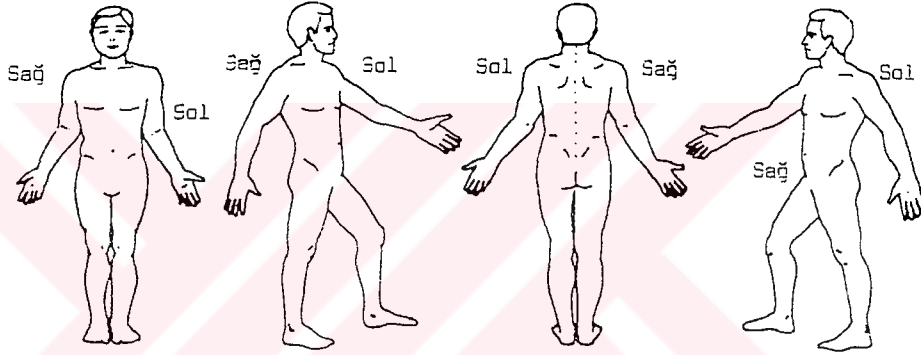
Servis:

1. Ağrının Yeri:

A. Baş

B. Gövde

C. Ekstremiteler



2. Ağrı skalasına göre ağrının şiddeti (puan olarak yazılacak)

- Şu anda.....
- Ağrının en kötü olduğu zaman.....
- En az olduğu zaman.....
- Kabul edilebilir 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 ağrıyı 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 eden 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

HEMŞİRELİK TANILARI

Doku hasarı, basınç, iskemi, distansiyon, spazm veya diğer patolojik mekanizmalarla ilgili *akut veya kronik ağrı*

AMAÇ

Ağrının en aza indirilmesi veya önlenmesidir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Tablo 1. Hemşirelik Girişimleri Ve Açıklamaları

Hemşirelik Girişimleri	Açıklama
1. Ağrı hikayesi alın: lokasyon, karakter, yoğunluk, frekans, süre, ilişkili semptom ve bulgular, ağrıyı geçirmek için kullanılan teknikler.	1. Ağrının karakteristik özelliklerinin tanımlanması ağrının ortadan kaldırılması için gerekli metotlara karar verilmesine yardım eder.
2. Ağrının sözel olmayan belirtilerinin değerlendirilmesi (huzursuzluk, gerginlik, kıvrınma, yüz buruşturma, terleme, kendini koruma pozisyonu, takipne, taşikardi, hipertansiyon, bradikardi (nadir), hipotansiyon (nadir), bir sonraki analjezik dozu için saat gözlemek.	2. Ağrıyı hasta, sözel olarak ifade etmeyebilir fakat yüz ifadeleri, pozisyon, vücut gerginliği ve diğer fiziksel bulgular hemşirenin ağrının şiddetini değerlendirmesine yardım eder. Takipne, taşikardi ve hipertansiyon santral sinir sistemi stimülasyonu sonucunda gelişir. Bradikardi ve hipotansiyon ağrıya vazovagal cevaptır. Saat gözleme davranışının nedeni ise ağrının yeterince geçirilmemiş olmasıdır.
3. Tekrar tekrar değerlendirme (yanlış kararları engellemek için).	3. Ağrının geçirilmesinde yetersiz kalan hemşireler tekrar geriye dönebilirler. Başarılı ağrı kontrolü için ilk basamak , değerlendirmeyi anlamak ve şefkatli olmaktır. Sağlık ekibinin diğer üyeleri de objektiflik ve destek sağlayabilir.
4. Hemşire, hastaya duyacağı ağrının yerini ve karakterini anlatmalıdır. İşlemin öncesinde ve sonrasında yapması gerekenler hakkında bilgi vermelidir.	4. Anksiyete, bilgi eksikliği ve korku genellikle ağrıyı arttırır. Açıklamalar anksiyeteyi azaltır ve hastanın kendini ağrıya hazırlamasında ve ağrıyla başa çıkmasında yardımcı olur.

<p>5. Destek, netleştirme, pozitif zorlama sağlayın (ağrılı işlem sırasında ve sonrasında). Örnek olarak “hemen hemen kanı aldık, şimdi alıyoruz, kolunuzu iyi tutuyorsunuz, biliyorum zordu ama bana yardımcı oldunuz”. Açıklamaları kısa tutun, ağrılı işlem süresince devamlı konuşmaktan kaçının sakın konuşun.</p>	<p>5. Hastanın ağrıyla baş edebilmesi için övmek, cesaretlendirmek gerekebilir. Bunlar hastanın kendini kontrol etme duygusunu artırır. Açıklamaların oldukça basit terimlerle yapılması maksimum anlama sağlar. Ağrı endişe ve anksiyete sözel uyarıların anlaşılması ile azalabilir. Devamlı konuşma hastayı irrite edebilir ve rahatsızlığını artırabilir. Sakin bir ses tonu ise yatıştırır.</p>
<p>6. Ağrıyı arttırabilen faktörler azaltılmalıdır (anksiyete, izolasyon, korku, ağrıya yenik düşme korkusu, yorgunluk). Hastanın ağrı tanımlamasını kabul edin. Her ağrının üstesinden gelinebileceğini ve yalnız olmadığını hissettirin. Hastanın yeterli derecede istirahatini sağlayın. Gürültü, ışık, sıcaklık gibi çevresel faktörleri kontrol edin.</p>	<p>6. Hastayı dinleme ve ağrı konusunda hemfikir olma anksiyeteyi azaltacaktır. İyi dinlenmişlik duygusu ağrıya toleransı artırır ve uyumu sağlar. Çevresel faktörler ağrıyı arttırabilir (örneğin gürültü, kas gerilimini artırır ve iritabiliteye yol açar).</p>
<p>7. Ağrıyı kontrol etmede hasta ile işbirliği yapın.</p>	<p>7. Ağrı kontrol stratejilerine hastayı da katmak kontrol hissini artırır. Farklı ağrı kontrol yöntemlerini denemede kişisel cevapları ölçmeye yardımcı olur ve çok yönlü yaklaşım sağlar.</p>
<p>8. Ağrıyı azaltmak için hastaya pozisyon verin ve ağrılı bölge üzerinde basınç ve gerilmeyi önleyin (örneğin dikişler üzerindeki gerilme). Eğer ağrılı bölge bir ekstremitede ise yükseltin. Hastayı rahat pozisyon almaya teşvik edin. Eğer hasta immobil ise pozisyonunu en azından saatlik olarak değiştirin.</p>	<p>8. Dikkat edilen bu ölçüler ağrılı alana ek ağrı kaynakları eklenmesini etkiler. Pozisyon değişiklikleri, tahrip olmuş dokulara kan akım hızını artırır, immobilité komplikasyonlarını (atelektazi, tromboflebit) engeller. Pozisyon değişikliği dereceli olarak ağrıyı arttırabileceği için hasta bunu kabul etmeyebilir. Hemşire bu konuda hastayı uygun bir dille ve kararlı şekilde uyarmalıdır.</p>
<p>9. Ağrılı bölgeye soğuk veya sıcak uygulama yapın (kontrendike değilse).</p>	<p>9. Isı bir bölgeye giden kan akımını artırır ve ağrılı kas spazmlarını gevşetir. Soğuk ödemi azaltır. Ayrıca soğuk küçük çaplı Tip A periferel liflerdeki nörotransmisyonu azaltır ki bu Tip A lifleri keskin ve akut ağrı hissini taşır. Tip C periferel lifleri ise daha künt ve kronik ağrı hislerini taşır.</p>
<p>10. Ağrılı bölgeye masaj yapın veya hastaya masaj yapmasını önerin (kontrendike değilse).</p>	<p>10. Masaj, yüzeysel stimülasyon oluşturur. Dokunma ile ilgili sensorial liflerin stimülasyonu, ağrı uyaranının taşınmasını azaltır.</p>

11. Eğer ağrılı bölgeye masaj yapamıyorsanız kontralateral masajı deneyin	11. Vücudun ters tarafının uyarılması endorfin salınımını tetikleyebilir.
12. Hastaya gevşeme tekniklerini öğretin (ritmik soluma, otojenik egzersiz gibi). Eğer hasta ritmik soluma yapmakta zorlanıyorsa göz kontağı kurun ve “bana bak ve şimdi benim gibi nefes al” diyerek tekniğini gösterin.	12. Gevşeme teknikleri gerilmenin azalmasına yardımcı olur. Endorfin salınımını hızlandırır. Endorfinlerde potansiyel narkotik ağrı kesicilerdir
13. Ağrı kontrolü için hastanın bazı diyet önlemlerini denemesine teşvik edin. Kontrendike değilse şu öneriler faydalı olabilir: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Yatmadan önce az miktarda şarap ve ya alkol almak. ◆ Kafein alımını azaltmak. ◆ Asitli içecekleri azaltmak. ◆ Triptofanlı gıdaların alınması 	13. Alkol ve triptofan (serotonin öncüsü) nörotransmisyonu yavaşlatır. Serotonin enkefalinlerin salınımını uyarır bu da ağrılı uyaran transmisyonunu inhibe eder. Kafein ve asidite norepinefrin üretimini artırır bu da ağrılı uyarının transmisyonunu hızlandırır.
14. Hastanın dikkatini başka yöne çekin (konuşma, şarkı söyleme, müzik dinletme).	14. Dikkatin başka yöne çekilmesi monotomiyi azaltır, dikkati refoküse eder ve endorfin salınımını uyarır. Bu metod özellikle keskin ve şiddetli ağrının kısa aralıklarla olduğu durumlarda kullanılır.
15. Hastayı uygunsa akupunktur veya TENS (transkütan elektriksel sinir uyarımı) gibi ağrı kontrol tekniklerini denemesine teşvik edin.	15. TENS elektriksel uyarıyı geçiren bir jeneratör kutusunu kullanan bir tekniktir ve ağrılı alanların civarına elektrodlar konularak uygulanır. Akupunktur iğnelerin belirli noktalara batırıldığı invazif bir tekniktir. Her ikisinde enkefalin ve endorfin üretimini uyarır, geniş liflerde transmisyonu uyarır, ince liflerde ise bloke eder (Kapı Kontrol Mekanizması). Her iki teknikte kronik ağrıda faydalı olabilir. TENS post-op akut ağrılarda da faydalıdır.
16. Hipnoz, biofeedback ve düşünme gibi davranışsal metodları kullanın (kronik ağrıda).	16. Hipnoz, ağrının algılanmasını değiştirir ve psikojenik ağrılarda faydalıdır. Biofeedback fizyolojik durumlarda kendi kendini kontrolle ağrının geçirilmesine yardım eder. Düşüncüyü kullanma, düşünme yönteminde hastaya mutlu duyguları hatırlama, ağrıdan kurtulduğunu düşünme, hayal etme önerilir. Bu teknikler kronik ağrı için daha uygundur.

17. Eğer yukarıda saydığımız yöntemler yeterli değil veya ağrıyı kontrol etmiyorsa hastanın ağrısı ciddileşmeden ilaçla tedavi almasına teşvik edin.	17. Hastaya erken tedavi hakkını vermek kayıtsızlık ve gereksiz acı çekmeyi önler. Analjezikler ağrı ciddileşmeden önce verildikleri zaman daha etkilidirler.
18. Merkezi (epidural veya intratekal) narkotik kullanımı	18. Bu teknik kanser hastalarında uzun süreli ağrı kontrolü için kullanılır. Burada morfin veya meperidin gibi analjezik maddelerin küçük dozlarını, endojen endorfin reseptörlerine yakın dağıtarak sistemik yan etki olmaksızın güçlü ağrı kontrolü gerçekleştirilir.
19. Eğer önerilmişse hastaya kendinin kontrol edeceği analjezi araçlarını kullanmayı öğretin. Doz ve zaman kontrollerini ayarlayın (ordıra göre).	19. Bu araçlar hastanın kontrol duygusunu artırır. Çünkü analjezi ihtiyaç olduğu zaman en erken şekilde alınmalıdır. Bu kontroller aşırı dozu önler.
20. Gerektiği zaman veya saatlik olarak ağrıyı geçirme tekniklerini değerlendirin ve kayıt edin.	20. Ağrıyı geçirmenin etkinliğini gözlemek uygun metodların kullanılmasını sağlar.
21. Kronik ağrı mevcutsa uzun süreli kullanım için uygun analjeziğin seçilmesi konusunda hasta ve ailesine kullanacağı analjezikler ve yan etkileri hakkında bilgi verin, aşırı doz ilaç alınımında belirti ve bulgular hakkında da eğitim yapın.	21. Alışılmış genel doz (usual dose) analjezikler için sadece standart bir yoldur. En uygun ağrı tedavisi için doz ve ilaç tedavisi ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma hemşirelerin ağrılı hastaya yaklaşımlarının saptanması, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimi karşılayacak hizmet içi eğitimin, bakımın kalitesine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Algoloji Servisi'nde çalışan tüm hemşireler (7 hemşire) oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı algoloji servisi 12 yatak kapasiteliydi ve nöbet usulü çalışan 7 hemşiresi bulunmaktaydı. Odalar en fazla iki kişilikti ve her odada merkezi müzik yayını, televizyon bulunmaktaydı. Gündüzleri en az 3 hemşire görev yapmaktaydı. Algoloji servisinde genellikle kronik ağrılı hastalar yatmaktaydı. Bunun yanında akut ağrılı hastalarda bulunuyordu. Hastaların yatış süreleri ortalama olarak 3 yada 4 gündü.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak : Değerlendirme formu, Ağrı Tanılama ve İzleme/Kontrol Formu, Hemşire Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Tablo 2. Veri Toplama Araçları

Ölçümler	Araçlar	Veri Toplama Şekli
Ağrı yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi ve inançlarının değerlendirilmesi	Değerlendirme formu	Anket/Görüşme
Hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesi	Ağrı tanılama ve izleme/kontrol formu	Gözlem/Hasta kayıtlarını inceleme
Hasta doyumunun değerlendirilmesi	Hemşire destek ölçeği	Anket/Görüşme

Ayrıca bakım veren hemşirelerin eğitiminde kullanılmak amacıyla “ağrılı hastada hemşirelik bakım planı” geliştirilmiştir.

Değerlendirme Formu (Ek- 1)

A.B.D de Betty R. Ferrell ve Connie Leek tarafından geliştirilmiş ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış bir değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu form ağırlı yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi ve inançlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de ise geçerlik ve güvenilirlik çalışması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Değerlendirme formu, çoktan seçmeli (37 soru), doğru yanlış işaretleme (9soru), çok cevaplı (1 soru) ve demografik özellikleri içeren açık uçlu (5 soru) toplam 52 sorudan oluşmaktadır.

Değerlendirme Formu Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Değerlendirme formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları konuya ilişkin kaynaklarda belirtilen esaslara göre yapılmıştır. Dil geçerliği aşamasında, ingilizce ifadeleri, türkçeleştirilmiş ifadelerle ve tekrar ingilizceye çevrilmiş ifadelerle aynı anlamı verip vermedikleri konusunda ingilizceyi ileri düzeyde bilen kişilerin görüşü alınmıştır (Ek- 2).

İçerik geçerliğinde, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme aracına uygun ifadeler olup olmadığı uzman görüşüne göre saptanmıştır. Türkçeleştirilen ifadelerin içerik geçerliği için Ek-3’de belirtilen uzmanların görüşüne başvurulmuş, öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Değerlendirme formunun güvenilirliği, toplam 17 hemşire üzerinde (Okmeydanı SSK, İstanbul Tıp Fakültesi ve Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde çalışan), test-retest korelasyon (Pearson Correlation) ve Kuder Richardson 20 (Chronbach’s Alpha) güvenilirliği ile test edilmiştir. Değerlendirme formundaki 52 soruya uygulanan test-retest korelasyonunda 28 soruda $p<0.05$ ve anlamlıdır. 24 soruda ise $p<0.05$ değerine yakın

bulunmuştur. Analiz sonucunda, p değeri 0,05'den büyük bulunan ifadelerde (anlatımda) değişiklik yapılmıştır. Değerlendirme formuna uygulanan Kuder Richardson 20 testinde alpha değeri 0.65 bulunmuştur. Bu sonuç istatistiki açıdan anlamlıdır. Testlerin sonuçları tablo halinde **Ek-8**'de sunulmuştur.

Ağrı Tanılama ve İzleme/Kontrol Formu (Ek-4)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi tarafından geliştirilen, üzerinde araştırmacı tarafından literatür araştırmasıyla bazı eklemeler yapılan form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağrılı hastayı tanılamaya yönelik (13 soru), ikinci bölümde ağrılı hastanın izlenmesine yönelik (11 soru) ifadeler bulunmaktadır.

Hemşire Destek Ölçeği (Ek- 5)

Hasta doyumunu değerlendirmede, 1979 yılında Gardner'in geliştirdiği ve geçerlik, güvenilirliğini yaptığı "hemşire destek ölçeği" nden yararlanılmıştır. Kullanılan bu ölçeğin Türkiye'de geçerlik, güvenilirliği, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisansını yapan Dilek Özmen tarafından yapılmıştır. Ölçek 26 sorudan oluşmaktadır. Soruların yanıtları "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Sık", "Çok sık", "Her zaman", "Gereksiz" şeklinde olup Hiçbir zaman "1", Her zaman "5" puan olarak aradaki ifadeler değerlendirilmiştir. "Gereksiz" ifadesine puan verilmemiş ve değerlendirmeye katılmamıştır. Ölçek, hastalara hastaneden ayrılmadan önce uygulanmıştır (55).

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması üç aşamada gerçekleştirilmiştir (Tablo 3).

1. Kontrol Dönemi: Araştırmamız 1.3.1997 tarihinde mevcut durumun gözlenmesi ile başlamıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırma evrenini oluşturan hemşire deneklerin çalışma şekillerinde değişiklik yapılmıştır. Araştırma öncesinde "iş merkezli" çalışan hemşireler araştırmanın başladığı tarihten itibaren "hasta merkezli" çalışmaya başlamışlardır.

Mevcut durumun saptanması aşamasında önce *her bir hemşire için* bilinci açık ve rahat iletişim kurulabilen *iki hasta* seçilmiştir. Araştırmacı, kayıtları inceleyerek ve doğrudan gözlem yaparak , her hemşire için “*ağrı tanılama ve izleme/kontrol formlarını*” doldurmuştur. Bu amaçla seçilen hastalara taburcu olacakları gün “*hemşire destek ölçeği*” doldurtulmuştur. Hastalara bu ölçeği doldurmadan önce, verdikleri bilgilerden hemşirelerin haberdar olmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Daha sonraki aşamada ise hemşirelere bir arada veya tek tek *bilgi değerlendirme formu* verilmiş; birbirlerini etkilemeden yanıtlamaları sağlanmıştır

2.Deneye Hazırlık Dönemi: Mevcut durum saptandıktan sonra elde edilen verilere göre hemşire deneklerin eğitim gereksinimleri belirlenmiş ve literatür araştırması yapılarak ağırlı hastanın *standart hemşirelik bakım planı* hazırlanmıştır. Hazırlanan hemşirelik bakım planı kitapçık halinde tüm hemşire deneklere dağıtılmıştır. Ayrıca hemşire deneklerin araştırma öncesinde serviste kullandıkları ağrı girişim formu üzerinde araştırmacı tarafından değişiklik ve eklemeler yapılmış; daha kullanışlı bir form geliştirilmiştir (Ek- 6). Bu yeni form hakkında sorumlu hemşire ve diğer hemşirelerin de onayı alınmış ve işbirliği yapılmıştır. Ayrıca formun uygulamaya konması için Hemşirelik Müdürlüğü’nden de onay alınmıştır. Araştırmacı tarafından ağırlı hastada bakım protokolü’de geliştirilmiş ve servis bakım protokolleri dosyasına konmuştur (Ek7). 26.3.1997 ve 2.4.1997 tarihlerinde ikişer saat tüm hemşireler toplanarak araştırmacı tarafından teorik bilgi verilmiştir. 26.3.1997 tarihinden itibaren hafta içi her gün 4 saat araştırmacı tarafından hemşirelere hasta başında bireysel eğitim yapılmıştır. Araştırmacının bulunmadığı saatlerde sorumlu hemşire “eğitimci” rolünü üstlenmiştir. Hemşirelerde davranış değişikliğinde oldukça zorlanılmıştır. Davranış değişikliğini gerçekleştirebilmek için “teşvik, ödüllendirme, vizitler, vaka tartışmaları ve geri bildirim yöntemi” uygulanmıştır (43,61).

3.Deney Dönemi: 26.5.1997 tarihinde eğitim dönemi sona ermiştir. Bu tarihten itibaren araştırmacı tekrar her hemşireyi iki hasta üzerinde gözlemlemiş ve hasta tanılama ve izleme/kontrol formlarını doldurmuştur. İzlenen hastalar taburcu olacakları zaman hemşire destek ölçekleri uygulanmıştır. Her hemşireye tekrar bilgi değerlendirme formu doldurtulmuştur.

Tablo 3. Araştırma Süreci

	1.3-26.3.1997	26.3-26.5.1997	26.5-15.9.1997
1 3 1 9 9 7	Kontrol Dönemi Hemşire n= 7 Hasta n=14	Deneye Hazırlık Dönemi	Deney Dönemi Hemşire n= 7 Hasta n=14
A r a ş t ı r m a n ı n b a ş l a n g i c i	<ul style="list-style-type: none">• Hemşirelerin günlük çalışma planı ve hizmet sunum modeli değiştirildi• Hemşirelerin mevcut bilgi ve inanışları saptandı.• Hemşirelerin mevcut ağrı tanılama ve izleme girişimleri saptandı.• Hastaların hastaneden çıkışı sırasında “aldıkları bakımdan doyum düzeyleri” ölçüldü.	<ul style="list-style-type: none">• Hemşirelerin eğitim gereksinimi belirlendi.• Ağrılı hastanın standart hemşirelik bakım planı hazırlandı ve dağıtıldı.• Hemşirelere toplu eğitim yapıldı.• Hemşirelere hasta başında bireysel eğitim yapıldı.• Hemşirelerin kullandığı tanı ve izlem formu değiştirildi.• Ağrılı hastada bakım protokolü hazırlandı ve bakım protokolleri dosyasına kondu• Vaka tartışmaları, ziyaretler yapıldı.• Davranış değişikliği için yöntemler (teşvik, ödüllendirme, motivasyon) uygulandı (sorumlu hemşire işbirliği ile).	<ul style="list-style-type: none">• Hemşirelerin eğitim sonrasında bilgi ve inanışları saptandı.• Hemşirelerin eğitim sonrasında ağrı tanılama ve izleme girişimleri saptandı.• Hastaların eğitim sonrasında hastaneden çıkışı sırasında “aldıkları bakımdan doyum düzeyleri” ölçüldü.

Araştırmanın Sınırlılıkları/Zorlukları

- Araştırma planlanırken önce Üniversite, Devlet ve Sigorta hastanelerindeki hemşirelerin denek olarak alınması düşünülmüş fakat yapılan pilot çalışmada bunun gerçekleştirilemeyeceği ortaya çıkmıştır. Bunun nedenleri arasında, hemşirelerin iş yükünün fazla olması, böyle bir çalışmaya motivasyonlarının olmaması ve birebir eğitim ve gözlem için yeterli zaman olmaması sayılabilir. Bundan dolayı araştırmamızda denek sayımız azdır.

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin araştırmanın başlangıcından itibaren “**hizmet sunum modeli**”nin değiştirilmesine (hasta merkezli çalışma zorunluluğu) tepkileri olmuştur. Bu yöntemin uygulamaya konulmasında oldukça zorlanılmıştır.
- Çalışmamıza katılan hemşire deneklerde davranış değişikliği oluşturmakta oldukça zorlanılmıştır. Bunun nedeni ise hemşirelerin çoğunun teknik hemşire tipinde (verilen talimatı uygulayan) olmasıdır. Bir diğer neden ise eğitim süresinin az oluşudur. Davranış değişikliği için oldukça uzun bir eğitim süresi gerekmektedir.
- Deney ve kontrol grubundaki hasta deneklerin kişisel özellikleri arasında benzerlik sağlanamamıştır. Bunun da nedeni Algoloji kliniği’nde yatak sayısının az oluşu ve zaman azlığıdır.
- Bu çalışmada, ağırlı hastalara hangi hemşirelik girişimlerinin (eğitim öncesi ve sonrası) yapıldığı, sadece hemşirelik kayıtlarındaki notlara dayandırılmıştır; bu notların doğruluğu gözlemler ve hastaların açıklamaları ile desteklenmemiştir;
- Ayrıca, hangi hastanın hangi girişime gereksinimi olduğu, araştırmacı veya sorumlu hemşire tarafından değerlendirilmemiştir. Böylece uzman görüşü ile eğitilmiş hemşirelerin girişimleri arasında uyum yada uyumsuzluk saptanamamıştır.

Verilerin Analizi

Veri gruplarına göre kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Verilerin Analizinde Kullanılan Testler

Ölçümler	İstatistiksel Yöntem
• Hemşirelerin eğitsel/mesleki özelliklerinin dağılımı	Yüzdellik
• Hemşirelerin ağırlı hastanın bakımına ilişkin inançlarını etkileyen kaynakların dağılımı	Fisher’in Kesin Ki-Kare Testi
• Hemşirelerin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	Fisher’in Kesin Ki-Kare Testi
• Hemşirelerin ilaç dışı hemşirelik girişimlerinin değerlendirmesi	Fisher’in Kesin Ki-Kare Testi
• Hemşirelerin toplam bilgi ve uygulama puanlarının değerlendirilmesi	Wilcoxon Sıralamalı İşaret Testi
• Hasta doyumunun değerlendirilmesi	Mann-Whitney U Testi
• Hasta doyumunun toplam puanlarının değerlendirilmesi	Bağımsız Gruplar İçin t Testi

BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular altı bölümde incelenmiştir. Bunlar:

1. Hemşirelerin Eğitsel-Mesleki Özellikleri ve Ağrının Yönetimi İle İlgili Bilgi, Deneyimleri
2. Hemşirelerin Ağrılı Hastaların Bakımına İlişkin İnançlarını Etkileyen Kaynaklar
3. Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri
4. Hemşirelerin İlaç Dışı Hemşirelik Girişimleri
5. Hemşirelerin Toplam Bilgi ve Uygulama Puanları
6. Hasta Doyumu
7. Hasta Doyumu Toplam Puanları

1.Hemşirelerin Eğitsel-Mesleki Özellikleri ve Ağrının Yönetimi İle İlgili Bilgi, Deneyimleri

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %14.3'ünün (n=1) Sağlık Meslek Lisesi Mezunu, % 71.4'ünün (n=5) Ön Lisans Mezunu ve %14.3'ünün (n=1) de Lisans Mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Buna göre araştırmamızdaki hemşirelerin çoğunun (%71.4) Ön Lisans Mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin toplam çalışma yılına göre dağılımı incelendiğinde % 28.6'sının 0-5 yıl, % 14.3'ünün 6-10 yıl, % 28.6'sının 11-15 yıl ve % 28.6'sının 16 ve üzeri yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ağrı ünitesindeki çalışma yılına göre dağılımları incelendiğinde % 42.9'unun 0-5 yıl, % 57.1'inin 6-10 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Tablo 5'de görüldüğü gibi hemşirelerin tümü ağrı ile ilgili herhangi bir kursa katılmamıştır.

Hemşirelerin % 100'ü klinik içinde çalışma ve klinik düzenine yönelik ancak ağrılı hastada hemşirelik bakımını içermeyen bir hizmet içi eğitim aldıklarını ifade etmiştir. Yine hemşirelerin % 100'ünün sadece, hekimin reçete ettiği (planladığı) tedavi girişimlerinin

uygulanması, sonuçlarının değerlendirilmesi konularında hekimlerle bilgi alışverişinde buldukları görülmüştür.

Tablo 5. Hemşirelerin Eğitsel, Mesleki Özellikleri ve Ağrının Yönetimi İle İlgili Bilgi ve Deneyimleri (N=7)

Eğitim Durumu	Sayı (n=7)	%
Sağlık Meslek Lisesi Mezunu	1	14.3
Ön Lisans Mezunu	5	71.4
Lisans Mezunu	1	14.3
Çalışma Yılı	Sayı (n=7)	%
0-5	2	28.6
6-10	1	14.3
11-15	2	28.6
16 ve ↑	2	28.6
Ağrı Ünitesindeki Çalışma Yılı	Sayı (n=7)	%
0-5	3	42.9
6-10	4	57.1
Ağrı İle İlgili Kurs	Sayı (n=7)	%
Katıldı	-	-
Katılmadı	7	100
Ağrı İle İlgili Hizmetiçi Eğitim	Sayı (n=7)	%
Katıldı	7	100
Katılmadı	-	-
Hekimlerle Bilgi Alışverişi	Sayı (n=7)	%
Yapıyor	7	100
Yapmıyor	-	-

2.Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrılı Hastaların Bakımında Etkilendikleri Kaynaklar

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin ağrılı hastanın bakımında etkilendikleri kaynakların dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre eğitim öncesinde % 68.7'sinin (n=6) kendi gözlem ve deneyiminden etkilendikleri; eğitim sonrasında ise % 85.7'sinin (n=6) incelenen kitap ve makalelerden etkilendikleri saptanmıştır. Hemşirelerin sorumlu hemşireden etkilenme durumu incelendiğinde bu oran eğitim öncesinde % 14.3 iken, eğitim sonrasında % 71.4 bulunmuştur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrılı Hastaların Bakımında Etkilendikleri Kaynaklar *

Etkilendikleri Kaynaklar	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				(n=7) p
	Etkilendim		Etkilenmedim		Etkilendim		Etkilenmedim		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sorumlu Şef	3	42.9	4	57.1	2	28.6	5	71.4	0.59
Sorumlu Hemşire	1	14.3	6	85.7	5	71.4	2	28.6	0.10
Birlikte Çalıştığı Hekimler	3	42.9	4	57.1	4	57.1	3	42.9	1
Birlikte Çalıştığı Hemşireler	3	42.9	4	57.1	4	57.1	3	42.9	1
Kendi Gözlem ve Deneyimi	6	85.7	1	14.3	5	71.4	2	28.6	1
İncelediği Kitap, Makale	2	28.6	5	71.4	6	85.7	1	14.3	0.10

* Her bir kaynak, Fisher'in kesin ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

3. Hemşirelerin Bilgi Düzeyi

Araştırmada kullanılan “Hemşirelerin ağrının yönetimi konusundaki bilgi ve inançlarını değerlendirme formu” ile hemşirelerin puanları 0-44 arasında dağılılabildi; eğitim öncesi gerçek dağılım 20-26 puan arasında idi, ortalama 23.2 ± 2.13 puan idi. Eğitim sonrası gerçek dağılım 26-44 puan arasında ve ortalama 39.4 ± 6.57 puan bulundu.

Tablo 7’de, hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlardaki farklılıklardan istatistiksel olarak anlamlı olanlar ($p < 0.05$); Tablo 8’de ise anlamlı farklılık olmayan yanıtlar görülmektedir. Tablo 7’de yer alan ifadeler incelendiğinde, hemşirelerin eğitim öncesinde, ağrılı hastaya yaklaşım konusunda yanlış bilgilerinin eğitim sonrasında doğru bilgilenmeye dönüştüğü saptanmıştır.

Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi *

No	Değerlendirme Formunda Yer Alan İfadeler	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				(n=7) P
		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
2	Hastaya tekrar ağrı giderici ilaç vermeden önce hastanın ağrısı olmalıdır.	-	-	7	100	6	85.7	1	14.3	0.004
5	Hastaların (ve ailelerinin) narkotik ilaçların kullanımı konusundaki korkuları, onları ağrı için ilaç istemekten alkoyabilir.	1	14.3	6	85.7	6	85.7	1	14.3	0.02
6	Hastalara L.H.narkotik verilmesi planlansa da, onlar belli saatlerde ilaç almayı isteme eğilimi gösterir	-	-	7	100	5	71.4	2	28.6	0.02
7	Hastanın ağrısı olduğunu bildirmesinden ziyade, bunun bir hekim veya hemşire tarafından belirlenmesi (tahmini)daha geçerlidir.	-	-	7	100	5	71.4	2	28.6	0.02
8	Ağrılı hastalar, yüksek dozda narkotığı bile solunum sıkıntısı ve sedasyon gibi yan etkiler oluşmaksızın tolere edebilir.	-	-	7	100	5	71.4	2	28.6	0.02
12	Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik ilaç verilen hastalar solunum depresyonu ve sedasyon riski altındadır.	-	-	7	100	6	85.7	1	14.3	0.004
17	Sizce kanser hastalarının yüzde kaç hastalıklarının herhangi bir döneminde ağrı çeker?	-	-	7	100	7	100	-	-	0,0005
21	Lüzum halinde ağrı kesici ilaç kullanan kanser hastalarında, hangi rahatsızlık safhasında, ek ağrı giderici kullanılmalıdır.	-	-	7	100	6	85.7	1	14.3	0.004
26	Derinin uyarılması (ısı, deri yoluyla sınırların elektriksel uyarılması, masaj, buz) sadece hafif ağrılarda etkilidir.	-	-	7	100	6	85.7	1	14.3	0.004
31	Ağrı kesiciye ihtiyacın artması ve fiziksel semptomların oluşması, hastada bağımlılık geliştiğinin işaretidir.	3	42.9	4	57.1	7	100	-	-	0.05
36	Kanser hastası veya ailesi ağrı tedavisini ne dereceye kadar (karışabilmeli) kontrol edebilmelidir?	-	-	7	100	4	57.1	3	42.9	0.05

* Her bir ifade için, hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyi Fisher'in Kesin Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi *

No	Değerlendirme Formunda Yer Alan İfadeler	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				(n=7) P
		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1	Sürekli ağrılar için lüzum halinde narkotik vermek yerine düzenli olarak narkotik vermek gereklidir.	5	71.4	2	28.6	7	100	-	-	0.46
3	İyi bir ağrı tedavisi için ağrının sürekli değerlendirilmesi ve etkin bir ilaç tedavisi gereklidir.	6	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
4	Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemleri doğal bir haktır.	2	28.6	5	71.4	4	57.1	3	42.9	0.59
9	Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	4	57.1	3	42.9	7	100	-	-	0.19
10	Eğer bir hasta veya aile üyesi, ağrının azaldığını veya öfori halinde olduğunu (aşırı neşeli, aşırı hareketli) bildirirse, hastaya daha düşük dozda analjezik verilmelidir.	2	28.6	5	71.4	4	57.1	3	42.9	0.59
11	Kronik ağrısı olan hastaya rahatsızlığı olsa da olmasa da düzenli aralıklarla ağrı tedavisi (ilacı) yapılmalıdır.	3	42.9	4	57.1	6	85.7	1	14.3	0.26
13	Şiddetli kronik ağrısı olan hastalar, akut ağrısı olan hastalara göre daha yüksek dozda ilaç tedavisine ihtiyaç duyarlar.	4	57.1	3	42.9	7	100	-	-	0.19
14	Hastaların ağrısız durumda olmaları sağlanmalıdır.	6	5.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
15	Hastanın ağrı bildirmemesi mutlaka ağrısı olmadığı anlamına gelmeyebilir.	4	57.1	3	42.9	6	85.7	1	14.3	0.55
16	Kanser ağrısı uygun kanser tedavisi (kansere ilaçları, radyasyon tedavisi ve ağrı kesiciler) ile dindirilebilir.	4	57.1	3	42.9	6	85.7	1	14.3	0.55
18	Sizce kanser hastalarının yüzde kaç bir aydan daha fazla bir süre ağrı çeker?	2	28.6	5	71.4	6	85.7	1	14.3	0.10
19	Eğer bir hasta ağrı kesici sonrası ağrı çekmeye devam ederse bu durumu hekimine bildirme sıklığınız (yüzde olarak %) nedir?	3	42.9	4	57.1	7	100	-	-	0.06
20	Kanser nedeni ile ağrısı olan hastaya narkotik verirken tercih edilecek uygulama yolu:	3	42.9	4	57.1	6	85.7	1	14.3	0.26
22	Kanser hastalarının ağrı yoğunluğuna en doğru kararı verecek kişi	2	28.6	5	71.4	6	85.7	1	14.3	0.10

* Her bir ifade için, hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyi Fisher'in Kesin Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir.

No	Değerlendirme Formunda Yer Alan İfadeler	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				(n=7) P
		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
23	Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik uygulanan hastaların % 25'i ilaç bağımlısı haline gelir.	4	57.1	3	42.9	6	85.7	1	14.3	0.55
24	Çok şiddetli kronik ağrı, lokalize değildir (yaygındır), derin organ ve yapılarla ilişkilidir.	4	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
25	Narkotikler, santral sinir sisteminde ağrının iletilmesini ve algılanmasını azaltırlar, narkotik olmayanlar ise periferden ağrının iletilmesini azaltırlar.	4	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
27	İstenilen etkiyi sağlamak için, ilaç tedavisinin sıklığı veya dozu artırıldığında tolerans gelişir.	7	100	-	-	4	57.1	3	42.9	0.19
28	Kronik ağrının belirti ve bulguları akut ağrı ile aynıdır.	4	57.1	3	42.9	6	85.7	1	14.3	0.55
29	Hastanın dikkatinin ve ilgisinin başka yöne çekilmesi (müzikle veya gevşeme teknikleri ile) ağrıyı algılamasını azaltabilir.	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00
30	Etkili ağrı kontrolü için, kandaki analjezi seviyesi	6	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
32	Hangi semptomlar kronik ağrı ile ilişkilidir?	4	57.1	3	42.9	5	71.4	2	28.6	1.00
33	Hangi narkotik analjezik en uzun etki süresine sahiptir?	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00
34	Ağrı genellikle.....beraberdir.	5	71.4	2	28.6	7	100	-	-	0.46
35	Ağrı genellikle aşırı anksiyete ile birlikte subjektif bir cevap olduğu için:	4	57.1	3	42.9	7	100	-	-	0.19
37	Hastanın ağrısını tarif etmedeki isteksizliği	6	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
38	Hastanın narkotik ilaçları almadaki isteksizliği	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00
39	Hemşirenin narkotik ilaçları uygulamadaki isteksizliği	4	57.1	3	42.9	7	100	-	-	0.19
40	Ağrının giderilmesinde ve değerlendirilmesinde yetersizlik	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00
41	Sağlık ekibinin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi yetersizliği	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00
42	Psikososyal destek hizmetlerinin olmayışı	6	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
43	Araç gereç eksikliği ya da kullanımındaki beceri yetersizliği	6	85.7	1	14.3	7	100	-	-	1.00
44	Özel yöntemleri uygulayabilen meslek üyelerinin olmaması	7	100	-	-	7	100	-	-	1.00

* Her bir ifade için, hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyi Fisher'in Kesin Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir.

4.Hemşirelerin ilaç Dışı Hemşirelik Girişimleri

Araştırmanın kapsamına alınan her hemşire için iki hasta üzerinde değerlendirilme yapılmıştır. Değerlendirme sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir. Tablo 9’da görüldüğü gibi hemşireler eğitim, psikolojik destek, pozisyon verme, soğuk, sıcak uygulama, masaj yapma, gevşemeyi sağlama, diyetini düzenleme ve meşguliyet sağlama gibi ağırlı hastada uygulanabilecek ilaç dışı hemşirelik girişimlerini eğitim öncesi dönemde hiç uygulamamışlardır. Eğitim sonrası ise sıcak uygulama girişimi hariç tablo 9’daki girişimlerin tümünde eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 9. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası İlaç Dışı Hemşirelik Girişimleri
(N=14)*

İlaç Dışı Girişimler **	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				P
	Uyguladı		Uygulamadı		Uyguladı		Uygulamadı		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eğitim	-	-	14	100	13	92	1	8	0.0001
Psikolojik Destek	-	-	14	100	13	92	1	8	0.0001
Pozisyon Verme	-	-	14	100	12	86	2	14	0.0001
Soğuk Uygulama	-	-	14	100	6	42	8	58	0.01
Sıcak Uygulama	-	-	14	100	4	28	10	72	0.09
Masaj Yapma	-	-	14	100	5	36	9	64	0.04
Gevşemeyi Öğretme, Yaptırma	-	-	14	100	8	58	6	42	0.001
Diyetini Düzenleme	-	-	14	100	10	72	4	28	0.0002
Meşguliyet Sağlama	-	-	14	100	7	50	7	50	0.005

*Her hemşirenin ikişer hastasına ilaç dışı bakım girişimlerini uygulayıp uygulamadığına bakıldığında N=14’dür.

**Her bir hemşirelik girişimi, Fisher’in Kesin Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir.

5. Hemşirelerin Toplam Bilgi ve Uygulama Puanları

Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur. Tablo 10'a göre hemşirelerin bilgi değerlendirme formu toplam puan ortalaması eğitim öncesinde 23.2 ± 2.13 iken eğitim sonrasında 39.4 ± 6.57 'ye yükselmiştir ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin ağrı tanı ve izleme/kontrol formu toplam puan ortalaması eğitim öncesinde 40.8 ± 0.37 iken eğitim sonrasında 47.7 ± 1.60 'a yükselmiştir ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 10. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Toplam Bilgi ve Uygulama (Ağrıyı Tanılama-Ağrı İçin Yapılan Girişimleri Kaydetme ve Ağrı İzleme Formu) Toplam Puan Ortalamaları (N=7)

Puan	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	(n=7) W	p
	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$		
Bilgi Değerlendirme Formu Toplam Puan Ortalaması	23.2 ± 2.13	39.4 ± 6.57	-21	0.03
Uygulama (Ağrı Tanı ve İzleme/Kontrol) Formu Toplam Puan Ortalaması	40.8 ± 0.37	47.7 ± 1.60	-28	0.01

6. Hasta Doyumu

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hasta doyum puan ortalamalarının istatistiksel yönden anlamlı olanları Tablo 11'de sunulmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark 1,2,3,4,6,8,13,14,15,16,18,19,20,21,23,24,25 nolu ifadelerde istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 11. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hasta Doyumu Puan Ortalamaları

No	Hemşire Destek Ölçeği'nde Yer Alan İfadeler	Eğitim öncesi (1.Grup) (n=14)	Eğitim Sonrası (2.Grup) (n=14)	U	P
		\bar{X}	\bar{X}		
1	Hemşireler bakımının yürütülmesine ailemin katılımını sağladı.	9.07	19.93	127	0.0002
2	Hemşireler problemlerimin çözümüne yardımcı oldu.	9.64	19.36	135	0.001
3	Hemşireler yapılacak işlemler ve alacağım ilaçlar konusunda açıklamalarda bulundu.	7.57	21.43	106	0.0000
4	Hemşireler endişelerimin azaltılmasına yardımcı oldu.	8.43	20.57	118	0.0000
6	Hemşireler değişiklikler konusunda önceden bilgi verdi.	9.50	19.50	133	0.0008
8	Hemşireler kendimi ifade etmeme fırsat verdi.	7.64	21.36	107	0.0000
13	Hemşireler bana zaman ayırdı.	7.64	21.36	107	0.0000
14	Hemşireler güler yüzlü davrandı.	11	18	154	0.02
15	Hemşireler kendi bakımımı nasıl yapacağımı öğretti.	8.79	20.21	123	0.0001
16	Hemşireler kendimi yalnız hissetmemem için yardımcı oldu.	8.75	20.25	122.5	0.0001
18	Hemşireler benim ihtiyaçlarımı saptadı ve karşıladı.	8.39	20.61	117.5	0.0000
19	Hemşireler çağrılarımı hızlı bir şekilde yanıtladı.	9.39	19.61	131.5	0.0005
20	Hemşireler duygularımı dinledi.	7.54	21.46	105.5	0.0000
21	Hemşireler bana ilgi gösterdi.	9.43	19.57	132	0.0006
23	Hemşireler bana moral verdi.	7.68	21.32	107.5	0.0000
24	Hemşireler rahat bir pozisyonda olmam için yardımcı oldu.	9.18	19.82	128.5	0.0003
25	Hemşireler beni dinlemeye zaman ayırdı.	7.50	21.50	105	0.0000

7.Hasta Doyumu Toplam Puanları

Hasta doyumunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur. Eğitim öncesinde hemşire destek ölçeği toplam puan ortalaması 85.9 ± 9.56 iken eğitim sonrası 119.8 ± 11.32 ’ye yükselmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($P < 0.0001$)

Tablo 12: Hasta Doyumu Toplam Puan Ortalamaları

Puan	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	(n=7) t	p
	1.Grup (N=14)	2.Grup (N=14)		
	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$		
Hemşire Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	85.9 ± 9.56	119.8 ± 11.32	8.564	0.0001

TARTIŞMA

Bu çalışmada temel amaç, ağrılı hastanın bakımı hakkındaki hizmetiçi eğitimin, ağrılı hastaların hemşirelik bakımı üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşireler (n=7), çoğunluğu önlisans mezunu, 5-16 yıl çalışmış ve ağrı ünitesinde çalışma süresi 0-10 yıl olanlardır. **Hemşirelerin eğitsel-mesleki özellikleri** ve ağrının yönetimi ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin (Tablo 5) hemşirelik bakımına etkisi, denek sayısının azlığı nedeniyle irdelenememiştir.

Choiniere (12), yanık hastalarında ağrının ölçümü için hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin yanık ünitesindeki deneyim yılının fazla uzun olmasının ağrıyı doğru tesbit etmekte belirgin olarak etkili olduğunu saptamıştır (12).

Örnekleimize giren hemşirelere verilen **hizmet içi eğitimin ve hekimlerle bilgi alışverişinin** kapsamı, hekimin reçete ettiği (planladığı) tedavi girişimlerinin (ilaç uygulamalarının) uygulanması, sonuçlarının değerlendirilmesi ve klinik içinde çalışma ve klinik düzenine yönelik olduğu saptanmıştır. Terapötik hemşirelik girişimlerinin denenmesi konusunda yönlendirme gözlenmemiştir. Bu nedenle, hemşirelerin eğitim öncesi bilgi puanlarının yetersiz olduğu söylenebilir; çünkü enformal eğitim ve etkileşimle (ağrılı hastanın hemşirelik bakımını) öğrenme fırsatı yoktur.

Çalışmamızda **hemşirelerin** eğitim öncesinde, ağrılı hasta bakımı sürecinde **etkilendikleri bilinen kaynaklar** eğitim sonrasında bir farklılık göstermemiştir (Tablo 6) Hemşirelerin inançlarını araştırmacının uyguladığı eğitim dışında, başka bir değişkenin etkilemediği kanısına varılmıştır. Eğitim sonrasında kitap-makale okuyan hemşire

sayısının artması (her ne kadar istatistiki bir fark bulunmasa da) hizmetiçi eğitimden kaynaklanan olumlu bir değişim olarak göze çarpmaktadır.

Yaptığımız çalışmada, hemşirelerin **bilgi düzeyine** göz atınca (Tablo 7-8), eğitim öncesinde bilgi düzeyi (geçerli ve güvenilir bir bilgi değerlendirme formu ile) ölçüldüğünde bu hemşirelerin almış oldukları ortalama toplam bilgi puanı 23.2 iken; eğitim sonrasında bu değer 39.4'e yükselmiştir. Uygulanan değerlendirme formundaki puan dağılımı 0-44 puan arasındadır. 0-14.6 puan arası dağılımı çok yetersiz, 14.6-29.2 puan arası yetersiz, 29.2-44 puan arası ise kabul edilebilir/yeterli olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuca göre verilen hizmet içi eğitim sonucu hemşirelerin bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur.

Çalışmamızda, **hemşirelerin kazanımları**: “Hastanın ağrısını saklayıp narkotik alımında isteksiz davranabileceğini çünkü bir grup hastanın bağımlılıktan korktuğunu, hastanın ağrısı olmadan da narkotik analjezik verilmesi gerekebileceğini” öğrenmişlerdir. Bunun yanında (subjektif bir veri olsa da) “hastanın ağrısının olduğunu söylemesinin önemli olduğunu ve bunun hasta tarafından belirleneceği” gerçeği de eğitim sonrasında öğrenilmiştir. Besty ve arkadaşlarının (31) çalışmasında da benzer biçimde hemşirelerin % 25 i “bakım verdikleri hastaların narkotik bağımlılığı olmaktan korktuklarını” ifade etmişlerdir; % 62 oranında da analjezik kullanımındaki artışın, ilaç toleransının artmasına bağlı olduğuna inanmaktadırlar (31).

Yine aynı çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak hemşirelerin % 94'ü “hastanın ifadesinin ağrı şiddetini belirlemede en önemli veri olduğunu” ifade etmiştir. Sonuç olarak, hemşirelerin çoğunlukla hastaların kendi ağrı tedavilerinde sağlık profesyonelleri kadar söz sahibi olmaları gerektiğine inandığı saptanmıştır. Bu çalışmada hemşireler ağrı ile ilgili eğitim programlarına katılma isteklerini belirtmişlerdir (31).

Literatürde de postoperatif analjezinin değerlendirildiği bir çalışmada, “post operatif analjezinin doktor ve hemşireler tarafından yetersiz kullanıldığı çünkü hastaların ağrının giderilmesi için yeterli talepte bulunmadıkları” ortaya çıkmıştır (45).

Yaptığımız hizmetiçi eğitim çalışması sonucunda, hemşireler “kansere hastalarının % 90’ının hastalıklarının herhangi bir döneminde ağrı çekme olasılığı olduğunu , bu ağrıda gerek narkotik ve diğer ilaçların, gerekse non farmakolojik yöntemlerin yararlı olduğunu, bağımlılık semptomlarının tanımlanmasını, hasta ve ailesinin tedaviye etkin biçimde katılmasının gerektiğini öğrenmişlerdir. Bu bilgiler ağrı yönetiminin ana hatlarını oluşturmaktadır. Özellikle ağrılı hasta ile ilgili bu bilgilerin eksikliği hem komplikasyonlara hem de ağrı yönetiminde yetersizliğe yol açabilir.

Dalton ve arkadaşlarının (18), 29 hemşire üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, ağrı yönetimi hakkındaki **bilgi, inançlar ve mesleki davranışlardaki farklılıklar** ve bunlar arasındaki bağlantıları saptamak amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda istatistiki anlamı olmamakla birlikte, “kuramsal öğretim sonucu hemşirelerin bilgi düzeyinde artış olduğu” bulunmuştur; bu durum, “eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyi üzerinde uzun dönemde ve yavaş yavaş etkili olduğu” şeklinde yorumlanmıştır (18). Bizim çalışmamızda, Dalton ve arkadaşlarının (18) çalışmasından farklı biçimde, eğitim puanlarının istatistiki olarak anlamlı derecede farklı olması eğitimin, kuramsal çerçevenin yanı sıra uygulamalı (hasta başında) eğitimi de içermesi nedeni ile olabilir.

Hamilton ve Edgar’ın (37), 318 hemşire üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada **hemşirelerin** ağrının belirlenmesi ve giderilmesi hakkında **bilgileri** ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda hemşirelerin opioid bağımlılığı, dozu, özellikleri, akut ve kronik ağrı arasındaki farklar konusunda eksik bilgi ve anlayışa sahip oldukları ortaya çıkmıştır (37).

Clarke ve arkadaşları (15), 120 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda **bilgi düzeylerinin** yetersiz ve tutarsız olduğunu ve aldıkları temel eğitimin ağrı konusunda yeterli olmadığını belirlemişlerdir. Bunun bir diğer nedeninin de, hastane oryantasyon programlarının “ağrının giderilmesi” konusunda çok az bilgi içermesi ve hizmet içi eğitim programlarının yetersiz oluşudur (15). Ağrının giderilmesinde yoğun bakım ünitesi ve servis hemşirelerinin bilgilerinin karşılaştırıldığı bir araştırma, her iki grupta belli alanlarda bilgi eksikliği tesbit edilmiş ve temel eğitimlerinin ağrılı hastanın bakımı için yetersiz olduğu kanısına varılmıştır (32).

Wallace ve arkadaşları (64), uzman ve diplomalı 55 cerrahi hemşiresini ağrının yönetimi konusunda eğitip, eğitim öncesi ve sonrası sınav uygulamışlar ve bu programın **hemşirelerin bilgisi, inancı ve hastanın ağrısının şiddeti** üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, tüm hemşirelerin bilgi düzeyinde artış görülmüş, uzman hemşirelerdeki bilgi artışı diplomalı hemşirelere göre daha az gerçekleşmiş bunun nedeni de uzman hemşirelerin eğitim öncesinde diplomalı hemşirelere göre daha bilgili oluşu ile açıklanmıştır (64). Ancak verilen **eğitimin**, bizim çalışmamızdan farklı olarak, **hemşirelerin ağrı konusundaki inançlarını etkilemediği** sonucuna varılmıştır. Wallace'ın (64) çalışmasında eğitim öncesinde ve sonrasında hastaların ağrısının şiddetinde değişiklik izlenmemiştir (64). Bizim çalışmamızda ise ağrının şiddetini ölçen bir uygulama olmamakla birlikte, hasta doyumu ölçüldüğünde olumlu yönde değişim izlenmiştir.

Hemşirelerde **bilgi eksikliği**ni gösteren bir diğer çalışma Bosh ve arkadaşlarının (9), 347 dahiliye ve cerrahi hemşiresini değerlendirdikleri bir çalışmadır. Bu çalışmada her iki hemşire grubunda da “yanlış algılama”, “yanlış tutum” ve “bilgi eksikliği” gözlenmiştir (9).

Holritz'in (39) yapmış olduğu çalışma, hemşirelere **eğitim** programlarının verilmesi ile zaman içinde **bilgide artış** gözlendiğini, hemşirelerin % 96'sının hastaların “ağrı çekmemesi” gerektiğine inandıkları, eğitim sonunda ise hasta ağrısına daha duyarlı hale geldiği ve eğitim sonrası 6.ayda hemşirelerin umulan performans düzeyine yükseltildiği görülmüştür. Bu çalışmada hemşirelerin % 83'ü ağrı belirlendikten sonra ağrının giderilmesi girişimlerinde zenginleşme ya da çeşitlilik sağlayabilmişlerdir (39).

Araştırmamız kapsamına alınan **hemşirelerin** eğitim öncesi ve eğitim sonrası ikişer hasta üzerinde uyguladıkları **ilaç dışı girişimlerin dağılımı** incelendiğinde (Tablo 9), hemşireler eğitimden önce bu girişimlerin hiç birini uygulamazken eğitimden sonra her hastanın gereksinimi doğrultusunda bu girişimlerin hepsini uyguladıkları görülmüştür. Yapılan benzer çalışmaların tümünde, ağrıyı hafifletmek için non-

farmakolojik girişimler hakkında hemşirelerin çok az bilgiye sahip oldukları ve % 90 oranında non-farmakolojik yöntemlerin herhangi birinin kullanımı konusunda bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür (15). Francke ve arkadaşlarının (34) 5 devlet hastanesinde çalışan cerrahi hemşireleri üzerinde uyguladıkları ağrı değerlendirme ve yönlendirme eğitimi, hemşirelerin çoğunun ağrıyı değerlendirmede ve şiddetli ağrısı olan hastaya psikososyal yaklaşımda yetersiz kaldığını ve non farmakolojik yöntemleri yeterince bilmediği için bu yöntemleri kullanmadığını göstermiştir (34).

Tablo 9’da yer alan “eğitim, psikolojik destek, pozisyon verme, soğuk uygulama, masaj, gevşemeyi öğretme ve uygulama, diyetini düzenleme ve meşguliyet sağlama” gibi girişimlerde hizmetiçi eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı farklılık izlenmiştir . Bu bulgu, araştırmacı tarafından verilen eğitimin çalışmada yer alan hemşirelerin davranışları üzerinde olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Eğitim sonrası, diğer non-farmakolojik girişimlerin uygulama sayısındaki artışın/farkın istatistiki açıdan anlamlı olmaması hemşireler için seçilen hastaların bu girişimlere gereksiniminin olmayışından kaynaklanabilir. Çünkü bu tabloda yer alan ilaç dışı hemşirelik girişimlerinin tümünün her hastada mutlaka uygulanması gerekmemektedir. Bu girişimlerin endikasyonları ve kontrendikasyonları iyi belirlenmeli ve gereksiz uygulamalardan kaçınılmasına dikkat edilmelidir.

Bu durumda, araştırmacının hemşirelik uygulamasını daha yakından izlemesi, hastanın durumuna uygun olup uygulanması gereken non-farmakolojik girişimleri, hemşirenin yapıp-yapmadığını kaydetmesi gerekmektedir; ayrıca örnekleme alınan hasta sayısının arttırılması uygun olacaktır. Ancak çalışma koşulları nedeni ile hasta sayısı her bir hemşire için iki hastayla sınırlı tutulmuştur. Sonuç olarak hemşireler ilaç dışı yöntemleri uygulama becerisi açısından yeterli bulunmuş ve eğitim sonucunda hemşirelik bilinci ve davranışında oluşan pozitif değişiklik nedeni ile gerek görülen hastalarda bu yöntemlerin hemşireler tarafından başarıyla uygulanacağına kanaat getirilmiştir. Ancak yaptığımız araştırmadan 15 ay sonra araştırmacı tekrar Algoloji servisini ziyaret edip, görüşme ve kayıtları inceleme yolu ile değerlendirme yapmıştır. Bu değerlendirme sonucu servis sorumlu hemşiresinin istifa edip ayrıldığı diğer servis hemşirelerinden birine sorumluluk verildiği ve yeni bir hemşirenin işe başladığı saptanmıştır. Kayıtlar incelendiğinde, hemşirelerin non-farmakolojik girişimleri uygulamadıkları ve tekrar

araştırma öncesi duruma dönüldüğü tespit edilmiştir. Böylece araştırma sırasında hemşirelere kazandırılan becerilerin uzun vade de devam etmediği ve uygulamalara yansımadağı açıkça görülmüştür. Hemşirelerde davranış değişikliğinin oluşturulması için üç basamak vardır. Bunlar **eğitim, araç-gereç sağlanması ve talimattır**. Araştırmamızda araştırmacı eğitim (kuramsal ve pratik) vermiştir, araç-gereç (form değişikliği, protokol oluşturma, çalışma düzeninde değişiklik) sağlamıştır ancak talimat konusunda zorluklar yaşanmıştır. Talimat sorumlu hekim ve sorumlu hemşire onaylı olmalıdır. Bu konuda hekimlerle işbirliğine gidilememiştir. Örneğin, ağrılı hastanın “ortak bakımı planı” oluşturulamamış; ağrılı hastanın hemşirelik bakımının standart planı onaylatılıp ilan edilmemiştir. Ayrıca, ağrılı hastanın bakımında non-farmakolojik girişimlerin önemi (vizit vb.etkileşim fırsatlarında) vurgulanmamıştır. Hekimlerin hemşireler üzerindeki otoritesi gözönüne alınırsa bu faktör hemşirelerin davranış değişikliği konusunda oldukça önemlidir. Bundan sonraki benzer araştırmalarda, hekimlerle işbirliğine gidilmesi ve onların hemşireleri motive etmesi ön plana alınmalıdır. Hekimlerin onayı özellikle bizim çalışma grubumuzdaki hemşireler gibi teknik özellikte (profesyonel olmayan) olan hemşirelerle çalışırken daha da önem kazanmaktadır.

Literatürde, hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme girişimlerinin incelendiği çalışmalara göz atacak olursak; 106 kanser cerrahisi hemşiresinin incelendiği bir çalışmada, ağrı değerlendirilmesi ve kontrolünde sürekli eğitim programının etkileri araştırılmış ve eğitim programının, hemşirelerin (ağrıya fiziksel müdahalede bulunma ve relaksasyon uygulamaları, gevşetme, masaj açısından) yaklaşımlarında pozitif etkileri olduğu saptanmış, ayrıca psikososyal uygulamaların (bilgilendirme, psikolojik destek gibi) süresinde ve kalitesinde artış olmuştur (33). Bizim çalışmamızın bulguları, sözü edilen çalışma ile desteklenmektedir.

Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam bilgi ve uygulama puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 10) hem bilgi hem de uygulama puan ortalamalarında eğitim sonrasında artış görülmüş ve bu fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre verilen hizmetiçi eğitim hemşirelerde hem bilgi hem beceri artışı sağlamıştır. Ancak araştırmadan bir yıl sonra yapılan değerlendirmede kazandırılan becerilerin devam etmediği saptanmıştır.

Hizmet içinde eğitilen hemşirelerin bilgi ve becerilerinin anlamlı artışı “hasta doyumunu” kriter alınarak ikinci bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur (Tablo 11-12). Bütün tıbbi araştırmalarda temel amaç hasta esenliğine katkıda bulunmaktır. Bu çalışmada hedeflenen, “insanların yaşamını zorlaştıran bir fenomen olan kronik ağrının sağaltımına hemşire katkısını arttırmak” tır. Bu amaçla ağırlı hasta bakımında hemşire eğitiminin hasta konforu üzerindeki olumlu etkisi objektif olarak eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Böylece hastalar, hizmet içi eğitim çalışmasından sonra, çalışmada yer alan hemşirelerin, “kendilerinin bakımlarına ailelerinin katılımına daha fazla fırsat verdiklerini, yapılan işlemler ve tedaviler ile ilgili bilgi verdiklerini, manevi destek ve duygusal yardımda bulduklarını, kendilerini ifade etmelerine olanak tanıdıklarını, güleryüzlü davrandıklarını” belirtmişlerdir. Aynı zamanda hastalar, (hemşirelerin eğitimini takiben) hemşirelerin kendilerine bakımlarını öğrettiklerini ve bilinçlendirdiklerini”de ifade etmişlerdir. Bu önemli bir değişikliktir; çünkü Elliot ve arkadaşları (23), 122 hasta ve ailesinin, “hastanın ağrısını değerlendirmesini” incelediklerinde “aile bireylerinin, hastanın ağrısının değerlendirilmesinde, doğru bilgi alınmasında ve uygun yaklaşımın belirlenmesinde oldukça önemli olduklarını” saptamışlardır (23).

Verilen hizmet içi eğitim sonucu hasta doyumunu ölçen “**hemşire destek ölçeği**” toplam puan ortalaması, hemşirelerin bilgi ve beceri artışına paralel olarak yükselmiştir. Bu bulguya göre yapılan hizmet içi eğitimin başarısı hasta memnuniyetine yansımıştır. Ancak, hasta memnuniyetindeki bu artışın tek nedeni verilen eğitimin olmadığı aynı zamanda hemşirelerin hasta merkezli çalışma düzenine geçişinin de önemli rolü olduğu düşünülebilir. Yaptığımız araştırma öncesinde hemşireler iş merkezli çalışmakta, tek tek hastaları paylaşmamaktaydılar. Araştırmacı, hemşirelerin hasta merkezli çalıştıkları bir düzen getirmiş ve her hemşire yatan her bir hastayı yatışından, taburcu edilene kadar kendisi bakım vermiştir. Çalışma düzenindeki bu değişim, hemşireleri primer hemşirelik modeline uygun olarak davranmalarını sağlamıştır. Böylece, hemşireler hastalarla daha terapötik ve teke tek ilişkiye girdikleri için hasta memnuniyetinin de bu faktörden olumlu bir biçimde etkilendiği kanısındayız.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin eğitsel, mesleki özellikleri ve ağrının yönetimi ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin hemşirelik bakımına etkisi, denek sayısının azlığı nedeniyle irdelenememiştir.
- Çalışmamıza katılan hemşirelerin, hizmet içi eğitim öncesi ve sonrası ağrılı hastanın bakımı konusunda etkilendikleri kaynaklar açısından istatistik bir farklılık bulunmamıştır; ancak eğitim sonrasında hemşirelerin daha fazla oranda kitap ve makale okudukları saptanmıştır.
- Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında bilgi düzeyinde artış saptanmıştır.
- Çalışmamızdaki hemşirelerin ilaç dışı hemşirelik girişimleri incelendiğinde eğitim öncesi hiç bir ilaç dışı yöntemi uygulamadıkları, eğitim sonrasında ise meşguliyet, diyet, gevşeme, masaj, soğuk uygulama, pozisyon, psikolojik destek ve bilgilendirme gibi ilaç dışı girişimleri uyguladıkları ve aradaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda eğitim sonrasında puanlarda anlamlı derecede artış görülmüştür.
- Çalışmamızda yer alan hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyetleri ölçülmüş ve hizmet içi eğitim sonrası bakılan hastaların doyumunun anlamlı derecede arttığı bulunmuştur.

- Araştırmadan 15 ay sonra araştırmacı gözlemi ile tekrar yapılan değerlendirmede hemşirelerde kalıcı davranış değişikliğinin gerçekleştirilemediği saptanmıştır. Sadece eğitim vererek, “hemşirelerin sunduğu bakımın niteliğinin artırılması” girişiminin yeterli olmayacağı, eğitimin yanısıra hemşirelerin görevlendirilmesi (örgütlenmesi / organizasyonu) yönteminin değiştirilmesi, (iş merkezli işbölümü yerine hasta merkezli çalışma düzeninin benimsenmesi) gerektiği kanısına varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda yapabileceğimiz öneriler:

- Hemşirelerin ağrı kontrolü ile ilgili bilgi, davranış ve inançlarında köklü değişimlerin olabilmesi için daha uzun süreli kapsamlı eğitim ve araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Ayrıca, hizmetiçi eğitimin etkisini arttırmak için, eğitim yapılan hemşirelerin yöneticilerinin ve birlikte çalıştıkları uzmanların enformal yollardan eğitsel yaklaşımlarda bulunmaları, rol modeli olmaları, hemşirelerin çalışmalarının etkinliği hakkında geri bildirimde bulunmaları önemlidir.
- Verilen temel hemşirelik bilgisinde ağrı kontrolü konusuna mevcut olandan daha fazla yer ayrılmalıdır.
- Ağrılı hastalara bakım veren hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde ağrı kontrolü ile ilgili kapsamlı hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.
- Tüm hastaların ve özellikle de ağrı hastalarının kendi haklarının bilincinde olmaları ve bunları ifade etme özgürlüğüne sahip olmaları sağlanmalıdır.
- Ağrı kontrolünün ancak bir ekip anlayışı ile gerçekleştirilebileceği unutulmamalı ve hemşirelerin de bu ekip içinde önemli bir rolü olduğu vurgulanmalıdır.

ÖZET

Bu çalışma, ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin mevcut durumlarının saptanması ve bunun doğrultusunda eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bilgilendirilmeleri sonucu verdikleri bakımın kalitesinin artması amacıyla tanımlayıcı ve deneysel bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Algoloji Servisi'nde çalışan tüm hemşireler (7 hemşire) alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış *bilgi düzeyini ölçen bir değerlendirme formu*, hemşirelerin girişimlerini ölçen bir *ağrı tanılama ve izleme/kontrol formu* ve hastaların aldıkları hemşirelik bakımından doyumlarını ölçen bir *hemşire destek ölçeği* ile toplanmıştır. Verilerin analizi bilgisayarda SPSS programında yüzdelik, Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi, Mann-Whitney U Testi, Wilcoxon Sıralamalı İşaret Testi ve Bağımsız Gruplar için t Testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın sonunda verilen eğitimle hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttığı, ağrı kontrolünde ilaç dışı hemşirelik girişimlerini uygulamayı öğrendikleri, bilgi düzeyi ve uygulamalardaki başarıya paralel olarak hasta doyumunun da arttığı saptanmıştır. Ancak araştırmanın sonlandırılmasından 15 ay sonra araştırmacının gözlemi ile değerlendirme sonucu hemşirelerin öğrendikleri ve uyguladıkları non-farmakolojik ağrı giderme girişimlerini uygulamadıkları görülmüştür. Buna göre araştırmamızdaki hemşirelerde kalıcı davranış değişikliğinin oluşturulamadığı saptanmıştır. Bu birimde, sadece hizmet içi eğitim ile hemşirelerde istenen davranış değişikliğinin sağlanamayacağı, eğitimle eş zamanlı olarak hemşirelerde “hasta merkezli” bir işbölümü yapılması ve yöneticilerin bu değişikliği desteklediği ve önemseyişinin farkettilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

SUMMARY

This study has been done in order to identify the actual attitude of nurses who look after patients with pain and defining their education necessities accordingly. This experimental and defining study is planned and realised to increase the quality of their care as a result of the expertise given.

All the nurses (seven nurses) working at Algology Department of Istanbul University Faculty of Medicine Education Hospital are included to the scope of the research. Data is collected by : a former current and reliable evaluating the knowledge level, a pain definer measuring the incentives of nurses, watch control form, a nurse support scale measuring the patient's satisfaction due to nurses' care. Percentage, Fisher's definite ki-ker test, t-test, Wilcoxon test and Man-Whitney U test is used in a SPSS computer program to analyse the data.

At the end of this study it has been seen that : Nurses' level of knowledge has been increased, they have learned to use non medicine nurses' incentive to control pain, the patient's satisfaction has been increased parallel to the increase of knowledge level and succes of implementation because of the education given.

But after fifteen months from the end of the research; it had been observed by the evaluation of the researcher's inspection that:nurses do not apply the non-pharmacologic pain elimination initiative that they hed been akknnowledged. According to that permanent conduct pattern wold not be established on the nurses who are induded in this research.

In this unite, behavioural changes could not be accomplished with education, simultaneously 'patient centered' division of labor must be done and the directors must consider.

KAYNAKLAR

1. Akman, H.: Kronik ağrı tedavisinde uzun süreli stellat ganglion bloklarının değerlendirilmesi, 4. Ulusal Ağrı Kongresi, Eylül, İstanbul, 1993.
2. Algier, L.: Ağrının yaygın olmayan yöntemlerle hafifletilmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 37 (4): 23-27, 1987.
3. Algier, L.: Kronik ağrının başlamadan önce durdurulması, *Türk Hemşireler Dergisi*, 36 (4): 30-34, 1986.
4. Berker, E. : Ağrı tedavisinde fiziksel yöntemler. *Literatür Ağrı ve Analjezik*, 1989.
5. Benoliel, J.,Q.: Multiple meanings of pain and complexities of pain management, The First International Nursing Research Symposium on Cancer Pain, July, Washington, 1992.
6. Billa, K.: Principles of Analgesic Use In the Tietreatment of Acute Pain and Cancer Pain. American Pain Society, January, 1996.
7. Blanchard, E.B., Ahles, T.A.: Biofeedback therapy, *The Management of Pain*, 2, 1990.
8. Booker, J.E. : Pain, *Nursing* 82, March, 47-51, 1982.
9. Bosch, F., et all. : Attitudes and knowledge of pain issues : A survey in nurses from medical and surgical wards, *The Pain Clinic*, 9(1):58-68, 1996.
10. Burckhardt, C. S. : Chronic pain. *Nursing Clinics of North America*, 25(4):863-70, 1990

11. Cherny, I.,N., Portenoy, K.R.: The Management of Cancer Pain. American Cancer Society, 1994.
12. Choiniere, M., et all. : Comparaison between patients' and nurses' assesment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain*, 40, February, 143-152, 1990.
13. Chrubasık, Y. Et all. : Kronik intraktabl ağrı tedavisi., *Sendrom*, 5(2):36-39, 1993.
14. Chrubasık, J.: Kronik intraktabl ağrı tedavisinde epidural ve intratekal opiatların etkinliğinin değerlendirilmesi. III.Ulusal Ağrı Kongresi, Ekim, İstanbul, 1991.
15. Clarke, E.B., et all. : Pain management knowledge, attitudes and clinical practice : the impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, January, 11(1): 18-31, 1996.
16. Clements, S., Cummings, S.: Helplessness and powerlessness. *Holistic Nurs Pract*, 6(1), 76-85, 1991.
17. Cupples, A., S.: Pain as "Hurtful Experience". *Nursing Forum*, 27(1), January-March, 1992.
18. Dalton, J.A., et all. : Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior and documented behavior in pain management : Does education make a difference?. *Journal of Pain and Symptom Management*, November, 12(5):308, 1996.
19. DHSS: Clinical Practice Guideline no : 9. U.S. Department of Health and Human Services, March, 1994.
20. Doğrul, A., Uzbay, İ.T.: Ağrının fizyopatolojisi ve tedavisi. *Sendrom*, 8(4):65-76, 1996.

21. Echternach, J. L., et all. : Pain. Churchill Livingstone, 1987.
22. Ekşi, F.: Erken postoperatif dönemde TENS'in solunum fonksiyonlarına ve arter kan gazlarına etkisi. *Ağrı*,2(4), Ekim 1990.
23. Elliot, B.A., et all. : Patients and family members : the role of knowledge and attitudes in cancer pain.*Journal of Pain and Symptom Management*, October, 12(4):209, 1996.
24. Epstein, M.F.: Biofeedback and headache. *National Migraine Foundation*, No:57,
25. Erdine,S. Ve ark. : Kanserde Palyatif Bakım Sandoz Ürünleri A.Ş. , İstanbul, 1993
26. Erdine,S. Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım. Çev. Prof.Dr. Serdar Erdine. Bir DST Uzmanlık Komitesi Raporu, İstanbul, 1992.
27. Erdine, S.: Akut Ağrı İlkeleri. Çev. Prof. Dr. S. Erdine. U.S. Department of Health and Human Services, Algoloji Derneği, İstanbul, 1993.
28. Erdine, S. ve ark. : Ağrı Serisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
29. Erdine, S. : Sinir Blokları. Emre Matbaacılık, İstanbul, 1993.
30. Erdine, S.: Ağrı kontrolünde sinir bloklarının yeri. III. Ulusal Ağrı Kongresi, Ekim, İstanbul, 1991.
31. Fife, B.L., et all. : A comparative study of the attitudes of physicians and nurses toward the management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, April,8(3): 132-7, 1993.
32. Fothergill-Bourbbonnais, F., Wilson-Barnett,J. : A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. *Journal of Advanced Nursing*, March, 17(3): 362-72, 1992.

33. Francke, A.L., et all. : Effects of a pain programme on nurses' psychosocial, physical and relaxation interventions. *Patient Education and Counseling* 28, 221-230, 1996.
34. Francke, A.L., et all. : Effects of a continuing education program on nurses' pain assesment practices. *Journal of pain and Symptom Management*, February, 13(2): 90-96, 1997.
35. Garon, M. : Assesment and management of pain in the home care setting : application of roger's science of unitary human beings. *Holistic Nurs Pract*, 6(1):47-576, 1991
36. Güzeldemir, M.E. : Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, :7(6): 11-21, 1995.
37. Hamilton, J. And Edgar, L. : A survey examining nurses' knowledge of pain control. *Journal of Pain and Symptom management*, 7(1): 18-25, 1992.
38. Holloway, N.M. : Medical Surgical Care Plans. Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania, 1988
39. Holritz, K.E., et all. : Nursing's changing role in cancer pain management. *Pain Digest*, 5, 308-324, 1995.
40. IASP : IASP nedir? Algoloji Ağrı Derneği nedir?. *Ağrı*, 1(1) : 47, 1989.
41. Jeans, M.E., et all. : Pain Curricula in Nursing Education. 7th World Congress on Pain, Abstracts, 1993.
42. Kocaman, G. : Ağrı. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir, 1994.
43. Kocaman, G., Oktay, S.ve ark.: Hemşirelikte değişimin sağlanması. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, Birlik Ofset, İstanbul, 1996.

44. Laframboise, J.M. : Cognitive-behavioral approaches for postoperative pain management with adults : A Meta-Analysis. 13th annual Scientific meeting program Book, 1994.
45. Lavies, N., et all. : Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia : stage 1 of a longitudinal study of post operative analgesia. *Pain*, 48(3): 313-19, 1992.
46. Levy, H.,M.: Pharmacologic management of cancer pain. seminars in oncology, 21, 718-739, 1994.
47. Livengood, J.M. : Efficacy of psychological techniques used in pain management. 6th International Congress : Pain Clinic, Atlanta, Georgia, USA, 1994.
48. Livengood, J.M., Parris, W.C.: Use of biofeedback with ;chronic pain patients. *Pain Digest*, 5:90-92, 1995.
49. McCaffery, M. : Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *Int. J. Nurs. Stud.*, 27(1): 1-5, 1990
50. McCaffery, M.: Placebos for pain?. *Nursing* ,February, 80-85, 1982.
51. Mizrahi, S.M., Erdine, S.: Başağrılarında psikojenik yaklaşımlar. *Sendrom*, 4(11):53-56, 1992.
52. Owens, M. K. , Ehrenreich, D. : Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain. *Holistic Nurs Pract.*, 6(1):24-31, 1991
53. Owens, M. K., Ehrenreich, D. : Application of nonpharmacologic methods of managing chronic pain. *Holistic Nurs Pract.*, 6(1): 32-40, 1991.

54. Özkan, S.: Psikiyatrik açıdan kronik ağrı. Ağrıda Multidisipliner Yaklaşımlar II, Eylül, İstanbul, 1993.
55. Özmen, O.: Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması Primer Hemşirelik. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996.
56. Siva, N.A., ve ark.: Kronik gerilim baş ağrılarında biofeedback ve gevşeme eğitimi. *Ağrı*, 2(4): 31-36, 1990.
57. Slater, M.A., Good, A.B.: Behavioral management of chronic pain. *Holistic Nurs Pract*, 6 (1): 66-75, 1991.
58. Slomea, R.: Relaxation and the relief of cancer pain. *Nursing Clinics of North America*, December, 30(4): 697-709, 1995.
59. Swerdlow M. , Ventrafridda, V., et all.: Kanser Ağrısı, Çev: Doç. Dr. Aysel Altan, Dr. Fikret Kutlu. Logos Yayıncılık A.Ş. , İstanbul, 1987.
60. Turner, A.,J., Romano, J.M.: Cognitive-behavioral therapy for chronic pain patients. *Managing the Chronic Pain Patient*, Raven Press, Newyork, 1989.
61. Ülker, S.: Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995.
62. Vallerand, A., H.: The use of narcotic analgesics in chronic nonmalignant pain. *Holistic Nurs Pract*, (1): 17-23, 1991.
63. Vatansever, M.: Posttravmatik ağrı sendromu ve tedavisinde steller gaglion blokajının yeri. 4. Ulusal Ağrı Kongresi, Eylül, İstanbul, 1993.
64. Wallace, Kathleen G., et all. : The effect of an educational program on staff nurse knowledge, attitudes, and patient pain intensity in an acute surgical setting. 13th Annual Scientific Meeting Program Book, 1994.

65. Watson, j. : Medical Surgical Nursing and Related Physiology. ELBS, Great Britain, 1988.
66. Wells, N.: The effect of relaxation on postoperative muscle tension and pain. *Nursing research*, 31(4): 236-38, 1982
67. Wilkie, D.J. : Cancer pain management. *Nursing Clinics of North America*, June, 25(2): 331-43, 1990.
68. Williams, D.A., Keefe, F.J. : Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, August, 46, 185-190, 1991
69. Wolmuth, P. : Managing cancer pain. *Nursing Times*, September 22, 89(38):69-70, 1993.
70. Yanagida H., : Education of nurses and other personnel on pain. 7th International Symposium the Pain Clinic Abstract Book, İstanbul, 1996.
71. Yücel, A.: İstanbul Tıp Fakültesi akut ağrı ekibi çalışmaları. 27. Türk Anesteziyoloji ve Reaminasyon Kongresi, Ekim, Nevşehir, 1993.
72. Zalon, M.L. : Nurses' assesment of postoperative patients' pain. *Pain*, 54, September, 3, 329-334, 1994.

EKLER

Ek-1 Bilgi Değerlendirme Formu Bilgi Değerlendirme Formunun İngilizce Metni

PAIN MANAGEMENT NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDE SURVEY

Directions: Circle the response that best describes your attitude toward the following statements. We are interested in your current knowledge and beliefs.

	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
1. Giving narcotics on a regular schedule is preferred over a prn schedule for continuous pain	SD	D	A	SA
2. A patient should experience discomfort prior to giving the next dose of pain medication.	SD	D	A	SA
3. Continuous assessment of pain and medication effectiveness is necessary for good pain management	SD	D	A	SA
4. Patients (and/or family members) have a right to expect total pain relief as a goal of treatment.	SD	D	A	SA
5. Patients (and/or family members) may be hesitant to ask for pain medications due to their fears about the use of narcotics.	SD	D	A	SA
6. Patients receiving narcotics on a prn basis are more likely to develop clock-watching behaviors.	SD	D	A	SA
7. Estimation of pain by and MD or RN is a more valid measure of pain than patient self report.	SD	D	A	SA
8. Patients in pain can tolerate high doses of narcotics without sedation or respiratory depression.	SD	D	A	SA
9. Patients can be maintained in a pain free state.	SD	D	A	SA
10. If a patient (and/or family member) reports pain relief and euphoria, s/he should be given a lower dose of the analgesic.	SD	D	A	SA
11. Patients with chronic pain should receive pain meds at regular intervals with or without the presence of discomfort.	SD	D	A	SA

12. Patients receiving around the clock narcotics are at risk for sedation and respiratory depression. SD D A SA
13. Patients having severe chronic pain need higher dosages of pain meds compared to acute pain. SD D A SA
14. Patients should be maintained in a pain-free state. SD D A SA
15. Lack of pain expression does not necessarily mean lack of pain. SD D A SA
16. Cancer pain can be relieved with appropriate treatment of anti cancer drugs, radiation therapy and/or pain relieving drugs. SD D A SA
17. Wath percentage of cancer patients do yu think suffer pain at some point during their illness?

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

18. What percentage of cancer patients do you think suffer pain for longer than one month?

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

19. If a patient continues to have pain after receiving pain relieving medication, what percentage of the time do you contact the physician?

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

20. The preferred route of administration of narcotic pain relievers to patients with cancer related pain is:

- 1.intravenous 4.Oral
 2.intramuscular 5.rectal
 3.subcutaneous 6.I don't know

21. When a patient in pain due to cancer is receiving analgesic medication on a prn basis, at what level of discomfort would it first be appropriate for the patient to request additional pain medication?

- 1.before pain returns 4.when pain is severe
 2.when pain is mild 5.patient should not request additional pain medication
 3.when pain is moderate

22. The most accurate judge of the intenisty of the cancer patient's pain is:

1.the treating physician 4.the pharmacist
 2.the patient's primary nurse 5.the patient's spouse or family
 3.the patient

Directions: Reach each of the following statements and decide whether they are true or false. Place a T beside the statement if its TRUE; place an F beside the statement if it is FALSE.

- _____ 23. Twenty-five per cent of patients receiving narcotics around the clock. Become addicted.
- _____ 24. Most chronic pain is poorly localized and related to deep organs or structures.

- _____ 25. Narcotics act in the CNS to decrease the transmission/perception of pain; non-narcotics act at the periphery to decrease the transmission of pain.
- _____ 26. Cutaneous stimulation (e.g., heat, transcutaneous electrical nerve stimulation, massage, ice) are only effective for mild pain.
- _____ 27. Tolerance occurs when the dosage or the frequency of a medication must be increased to maintain the desired effect.
- _____ 28. Signs and symptoms of chronic pain are similar to those of acute pain.
- _____ 29. Distraction and diversion of patient's attention (use of music, relaxation) can decrease the perception of pain.
- _____ 30. A constant level of analgesic should be maintained in the blood to control pain effectively.
- _____ 31. Increasing analgesic requirements and physical symptoms are signs that the patient is becoming addicted to the narcotic.

Directions: Circle the one BEST answer.

32. Which group of symptoms are more related to chronic pain?
- a. decreased appetite, decreased energy, sleep disturbances, apathy, decreased blood pressure
 - b. grimacing, fast heart rate, fast respiratory rate, elevated blood pressure, sweating
 - c. thrashing, grimacing, elevated heart rate, cold and clammy extremities
 - d. all are likely
33. Which of the following will have the longest duration of action?
- a. codeine
 - b. levodromoran
 - c. meperidine
 - d. morphine
34. Pain is frequently accompanied by
- a. increased caloric requirements
 - b. increased oxygen requirements
 - c. increased temperature
 - d. all of the above

35. Because pain is a subjective response often accompanied by considerable anxiety:
- it cannot be measured in a quantitative manner
 - the nurse must believe in the patient's report of pain
 - patients should be encouraged to endure it without medication
 - the focus of drug use should be on treatment with anti-anxiety drugs.
36. To what degree do you think the cancer patient or family should control his/her treatment for pain (e.g., setting up the schedule for analgesics)?
- no control over treatment for pain
 - less control than health professionals
 - as much control as health professionals
 - complete control over treatment for pain
37. To what extent do you think cancer patients in your setting actually do control their treatment for pain:
- no control over treatment for pain
 - less control than health professionals
 - as much control as health professionals
 - more control than health professionals
 - complete control over treatment for pain
38. How good a job do you think nurses in your setting do in relieving cancer pain?
- a very poor job
 - a poor job
 - a fair job
 - a good job
 - a very good job

The following is a list of potential barriers to optimal cancer pain management which may impede cancer pain management in your setting. For each of the following barriers, please indicate the number of the answer that best describes its importance in your setting, using the following codes:

- major importance
- moderate importance
- little importance
- no importance

- 39. patient's reluctance to report pain
- 40. patient's reluctance to take opiates
- 41. nursing staff reluctance to administer opiates
- 42. inadequate assessment of pain and pain relief
- 43. inadequate staff knowledge of pain management
- 44. lack of psychosocial support services
- 45. lack of equipment or skills in using equipment
- 46. lack of access to professionals who practice specialized methods

Betty Ferrell, Ph. D., FAAN

Connie Leek, RN, MS, OCN

1990

PN.SUY

Bilgi Değerlendirme Formunun Türkçe Metni
AğRI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ VE İNANÇLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

SERVİS:.....

AÇIKLAMA: AŞağıda size uygun olan cevabı (x) koyarak belirtiniz.

	Kesinlikle karşı görüşeyim	Karşı görüşeyim	Aynı görüşeyim	Kesinlikle aynı görüşeyim
1.Sürekli ağrılar için lüzum halinde narkotik vermek yerine düzenli olarak narkotik vermek gereklidir.				
2.Hastaya tekrar ağrı giderici ilaç vermeden önce hastanın ağrısı olmalıdır. (Ağrısı yoksa ikinci doz uygulanmaz).				
3.İyi bir ağrı tedavisi için ağrının sürekli değerlendirilmesi ve etkin bir ilaç tedavisi gereklidir.				
4.Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemleri doğal bir haktır.				
5.Hastaların (ve ailelerinin) narkotik ilaçların kullanımı konusundaki korkuları, onları ağrı için ilaç istemekten alıkoyabilir. (ekinmelerine neden olabilir)				
6.Hastalara, L.H. narkotik verilmesi planlansa da, onlar belli saatlerde ilaç almayı isteme eğilimi gösterir.				
7.Hastanın ağrısı olduğunu bildirmesinden ziyade, bunun bir hekim veya hemşire tarafından belirlenmesi (tahmini) daha geçerlidir (daha güvenilir).				
8.Ağrılı hastalar, yüksek dozda narkotiği bile solunum sıkıntısı ve sedasyon gibi yan etkiler oluşmaksızın tolere edebilir.				
9.Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir.				
10.Eğer bir hasta veya aile yesi, ağrının azaldığını veya öfori halinde olduğunu (aşırı neşeli, aşırı keyifli, aşırı hareketli) bildirirse, hastaya daha düşük dozda analjezik verilmelidir.				
11.Kronik ağrısı olan hastaya rahatsızlığı olsa da olmasa da düzenli aralıklarla ağrı tedavisi (ilacı) yapılmalıdır.				

12. Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik, ilaç verilen hastalar solunum depresyonu ve sedasyon riski altındadırlar.				
13. Şiddetli kronik ağrısı olan hastalar, akut ağrısı olan hastalara göre daha yüksek dozda ilaç tedavisine ihtiyaç duyarlar.				
14. Hastaların ağrısız durumda olmaları sağlanmalıdır (korunmalıdır).				
15. Hastanın ağrı bildirmemesi mutlaka ağrısı olmadığı anlamına gelmeyebilir.				
16. Kanser ağrısı uygun kanser tedavisi (kanser ilaçları, radyasyon tedavisi ve ağrı kesiciler) ile dindirilebilir.				

17. Sizce *kanser hastalarının yüzde kaç* hastalıklarının herhangi bir döneminde *ağrı çeker?*

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

18. Sizce kanser hastalarının *yüzde kaç* *bir aydan daha fazla* bir süre *ağrı çeker?*

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

19. Eğer bir hasta ağrı kesici sonrası ağrı çekmeye devam ederse bu durumu *hekimine bildirme sıklığınız (yüzde olarak %)* nedir?

20. Kanser nedeni ile ağrısı olan hastaya *narkotik* verirken tercih edilecek *uygulama yolu:*

1. Damar içi (IV)
2. Kas içi (IM)
3. Cilt altı (SC)
4. Ağızdan (Oral)
5. Makattan (Rektal)
6. Bilmiyorum

21. Lüzum halinde ağrı kesici ilaç kullanan kanser hastalarında, *hangi rahatsızlık safhasında, ek ağrı giderici* kullanılmalıdır?

1. Tekrar ağrı oluşmadan
2. Ağrı hafif şiddette ise
3. Ağrı orta şiddette ise
4. Ağrı ciddi ise
5. Ek ağrı kesici ilaca gerek yoktur.

22. Kanser hastalarının *ağrı yoğunluğuna en doğru kararı verecek kişi*.

1. Tedavi eden hekim
2. Hastanın kendi hemşiresi
3. Hastanın kendisi
4. Farmakolog
5. Hasta yakınları-ailesi

AÇIKLAMA: Aşağıda verilen cümlelerin doğru ve yanlış olduğuna karar verdikten sonra boşluklara **doğru için (D)**, **yanlış için (Y)** harfi koyunuz.

()23. Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik uygulanan hastaların % 25'i ilaç bağımlısı haline gelir.

()24. Çok şiddetli kronik ağrı, lokalize değildir (yaygındır), derin organ ve yapılarla ilişkilidir.

()25. Narkotikler, santral sinir sisteminde ağrının iletilmesini ve algılanmasını azaltırlar; narkotik olmayanlar ise periferden ağrının iletilmesini azaltırlar.

()26. Derinin uyarılması (ısı, deri yoluyla sinirlerin elektriksel uyarılması, masaj, buz) sadece hafif ağrılarda etkilidir.

()27. İstenilen etkiyi sağlamak için, ilaç tedavisinin sıklığı veya dozu arttırıldığında tolerans gelişir.

()28. Kronik ağrının belirti ve bulguları akut ağrı ile aynıdır.

()29. Hastanın dikkatinin ve ilgisinin başka yöne çekilmesi (müzikle veya gevşeme teknikleri ile) ağrıyı algılamasını azaltabilir.

()30. Etkili ağrı kontrolü için, kandaki analjezik konsantrasyonu sabit bir düzeyde olmalıdır.

()31. Ağrı kesiciye ihtiyacın artması ve fiziksel semptomların oluşması, hastada bağımlılık geliştiğinin işaretidir.

AÇIKLAMA: Sizin için doğru olan cevabı daire içine alın.

32. Hangi semptomlar kronik ağrı ile ilişkilidir?

- a) İştah azalması, enerjide azalma, uyku düzensizliği, apati, kan basıncında düşme.
- b) Ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, hızlı solunum, yüksek kan basıncı, terleme
- c) Dövünme, ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, soğuk ve nemli ekstremiteler
- d) Hepsi

33. Hangisi en uzun etki süresine sahiptir?

- a) Kodein
- b) Levodramoran
- c) Meperidine
- d) Morfin

34. Ağrı genellikle.....beraberdır.

- a) Kalori ihtiyacının artmasıyla
- b) Oksijen ihtiyacının artmasıyla
- c) Vücut ısısının yükselmesiyle
- d) Hepsiyle

35. Ağrı genellikle aşırı **anksiyete ile birlikte** ve **subjektif** bir cevap olduğu için:

- a) Kantitatif olarak ölçülemeyebilir.
- b) Hemşire hastanın söylediğine inanmalıdır.
- c) Hasta ilaç almadan da ağrıya dayanabileceği konusunda cesaretlendirilmelidir.
- d) İlaç tedavisinde yönelim anksiyete giderici ilaçlara doğru olmalıdır.

36. Kanser hastası veya ailesi, ağrı tedavisine ne dereceye kadar (karışabilmeli) kontrol edebilmelidir? (Örneğin analjezik uygulama programının belirlenmesine katılma gibi)

- a) Ağrı tedavisinde kontrolleri olmamalı(karışmamalıdır)
- b) Sağlık profesyonellerinden daha az karışmalıdır.
- c) Sağlık profesyonelleri kadar karışabilmeliler.
- d) Sağlık profesyonellerinden daha çok karışabilmeliler.
- e) Tedavi tamamen onların kontrolünde olmalıdır.

37. **Sizin** kontrolünüzdeki **kanser hastası ne** dereceye **kadar** ağrı tedavisine **müdahale edebilir?** (karışabilir/katılabilir)

- a) Ağrı tedavisinde kontrolleri olamaz
- b) Sağlık profesyonellerinden daha az
- c) Sağlık profesyonelleri kadar.
- d) Sağlık profesyonellerinden daha çok
- e) Tedavi tamamen onların kontrolündedir.

38. Kanser ağrısının geçirilmesine yönelik hemşirelik işlevleri sizce ne kadar iyi bir iştir (yararlı bir iş)?

- a) Çok sıradan bir iş.
- b) Sıradan bir iş.
- c) Kabul edilebilir, istenir bir iş
- d) İyi bir iş
- e) Çok iyi bir iş

AÇIKLAMA: Aşağıda kanser hastası tedavisine engel olabilecek bazı olası sorunların bir listesi verilmiştir. Her bir olası sorunu şu kodları kullanarak numaralayın:

- 4. Çok önemli
- 3. Orta derecede önemli
- 2. Az önemli
- 1. Önemsiz

	Önemsiz	Az Önemli	Orta Derecede Önemli	Çok Önemli
39.Hastanın ağrısını tarif etmedeki isteksizliği				
40.Hastanın narkotik ilaçları almadaki isteksizliği				
41.Hemşirenin narkotik ilaçları uygulamadaki isteksizliği				
42.Ağrının giderilmesinde ve değerlendirilmesinde yetersizlik				
43.Sağlık ekibinin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi yetersizliği				
44.Psikososyal destek hizmetlerinin olmayışı				
45.Araç gereç eksikliği ya da kullanımındaki beceri yetersizliği				
46.Özel yöntemleri uygulayabilen meslek üyelerinin olmaması				

47. Ağrılı hastaların bakımına ilişkin inançlarınız aşağıdaki kaynaklardan hangilerinden etkilenmiştir?

- Sorumlu şefinizin yaklaşımı ve inancı
- Sorumlu hemşirenizin yaklaşımı ve inancı
- Birlikte çalıştığınız hekimlerin yaklaşımı ve inancı
- Birlikte çalıştığınız hemşirelerin yaklaşımı ve inancı
- Kendinizin ağrılı hastalara ilişkin gözlemleri, deneyimleri
- Kendinizin incelediği kitap, makale vb.kaynaklar

48. Eğitim durumu:

- Sağlık Meslek Lisesi mezunu
- Ön lisans mezunu
- Lisans mezunu
- Lisansüstü
- Doktora

49. Çalışma yılı?

50. Şu anki çalıştığınız üniteadaki çalışma yılınız?

51. Ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir kursa katıldınız mı?

- Evet
- Hayır

52. Çalıştığınız ünite de ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi konusunda hekimlerle bilgi alışverişi yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Bilgi Değerlendirme Formunun Cevap Anahtarı
AĞRI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ VE İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

SERVİS:.....

AÇIKLAMA: Aşağıda size uygun olan cevabı (x) koyarak belirtiniz.

	Kesinlikle karşı görüşeyim	Karşı görüşeyim	Aynı görüşeyim	Kesinlikle aynı görüşeyim
1.Sürekli ağrılar için lüzum halinde narkotik vermek yerine düzenli olarak narkotik vermek gereklidir.				X
2.Hastaya tekrar ağrı giderici ilaç vermeden önce hastanın ağrısı olmalıdır. (Ağrısı yoksa ikinci doz uygulanmaz).	X			
3.İyi bir ağrı tedavisi için ağrının sürekli değerlendirilmesi ve etkin bir ilaç tedavisi gereklidir.				X
4.Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklemleri doğal bir haktır.			X	
5.Hastaların (ve ailelerinin) narkotik ilaçların kullanımı konusundaki korkuları, onları ağrı için ilaç istemekten alıkoyabilir. (Çekinmelerine neden olabilir)				X
6.Hastalara, L.H. narkotik verilmesi planlansa da, onlar belli saatlerde ilaç almayı isteme eğilimi gösterir.				X
7.Hastanın ağrısı olduğunu bildirmesinden ziyade, bunun bir hekim veya hemşire tarafından belirlenmesi (tahmini) daha geçerlidir (daha güvenilir).	X			
8.Ağrılı hastalar, yüksek dozda narkotiği bile solunum sıkıntısı ve sedasyon gibi yan etkiler oluşmaksızın tolere edebilir.				X
9.Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir.				X
10.Eğer bir hasta veya aile üyesi, ağrının azaldığını veya öfori halinde olduğunu (aşırı neşeli, aşırı keyifli, aşırı hareketli) bildirirse, hastaya daha düşük dozda analjezik verilmelidir.		X		
11.Kronik ağrısı olan hastaya rahatsızlığı olsa da olmasa da düzenli aralıklarla ağrı tedavisi (ilacı) yapılmalıdır.				X

12.Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik, ilaç verilen hastalar solunum depresyonu ve sedasyon riski altındadırlar.	X			
13.Şiddetli kronik ağrısı olan hastalar, akut ağrısı olan hastalara göre daha yüksek dozda ilaç tedavisine ihtiyaç duyarlar.				X
14.Hastaların ağrısız durumda olmaları sağlanmalıdır (korunmalıdır).				X
15.Hastanın ağrı bildirmemesi mutlaka ağrısı olmadığı anlamına gelmeyebilir.				X
16.Kanser ağrısı uygun kanser tedavisi (kanser ilaçları, radyasyon tedavisi ve ağrı kesiciler) ile dindirilebilir.				X

17.Sizce *kanser hastalarının yüzde kaç* hastalıklarının herhangi bir döneminde *ağrı çeker?*

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

18. Sizce kanser hastalarının *yüzde kaç* *bir aydan daha fazla* bir süre *ağrı çeker?*

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

19. Eğer bir hasta ağrı kesici sonrası ağrı çekmeye devam ederse bu durumu *hekimine bildirme sıklığınız (yüzde olarak %)* nedir? **0/100**

20. Kanser nedeni ile ağrısı olan hastaya *narkotik* verirken tercih edilecek *uygulama yolu:*

1. Damar içi (IV)
2. Kas içi (IM)
3. Cilt altı (SC)
- 4.** Ağızdan (Oral)
5. Makattan (Rektal)
6. Bilmiyorum

21. Lüzum halinde ağrı kesici ilaç kullanan kanser hastalarında, *hangi rahatsızlık safhasında, ek ağrı giderici* kullanılmalıdır?

- 1.** Tekrar ağrı oluşmadan
2. Ağrı hafif şiddette ise
3. Ağrı orta şiddette ise
4. Ağrı ciddi ise
5. Ek ağrı kesici ilaca gerek yoktur.

22. Kanser hastalarının *ağrı yoğunluğuna en doğru kararı verecek kişi*.

1. Tedavi eden hekim
2. Hastanın kendi hemşiresi
3. Hastanın kendisi
4. Farmakolog
5. Hasta yakınları-ailesi

AÇIKLAMA: Aşağıda verilen cümlelerin doğru ve yanlış olduğuna karar verdikten sonra boşluklara **doğru için (D)**, **yanlış için (Y)** harfi koyunuz.

(Y)23. Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik uygulanan hastaların % 25'i ilaç bağımlısı haline gelir.

(D)24. Çok şiddetli kronik ağrı, lokalize değildir (yaygındır), derin organ ve yapılarla ilişkilidir.

(D)25. Narkotikler, santral sinir sisteminde ağrının iletilmesini ve algılanmasını azaltırlar; narkotik olmayanlar ise periferden ağrının iletilmesini azaltırlar.

(Y)26. Derinin uyarılması (ısı, deri yoluyla sinirlerin elektriksel uyarılması, masaj, buz) sadece hafif ağrılarda etkilidir.

(D)27. İstenilen etkiyi sağlamak için, ilaç tedavisinin sıklığı veya dozu artırıldığında tolerans gelişir.

(Y)28. Kronik ağrının belirti ve bulguları akut ağrı ile aynıdır.

(D)29. Hastanın dikkatinin ve ilgisinin başka yöne çekilmesi (müzikle veya gevşeme teknikleri ile) ağrıyı algılamasını azaltabilir.

(D)30. Etkili ağrı kontrolü için, kandaki analjezik konsantrasyonu sabit bir düzeyde olmalıdır.

(Y)31. Ağrı kesiciye ihtiyacın artması ve fiziksel semptomların oluşması, hastada bağımlılık geliştiğinin işaretidir.

AÇIKLAMA: Sizin için doğru olan cevabı daire içine alın.

32. Hangi semptomlar kronik ağrı ile ilişkilidir?

- a) İştah azalması, enerjide azalma, uyku düzensizliği, apati, kan basıncında düşme.
- b) Ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, hızlı solunum, yüksek kan basıncı, terleme
- c) Dövünme, ekşitilmiş bir yüz, kalp hızında artış, soğuk ve nemli ekstremiteler
- d) Hepsi

33. Hangisi en uzun etki süresine sahiptir?

- a) Kodein
- b) Levodramoran
- c) Meperidine
- d) Morfin

34. Ağrı genellikle.....beraberdır.

- a) Kalori ihtiyacının artmasıyla
- b) Oksijen ihtiyacının artmasıyla
- c) Vücut ısısının yükselmesiyle
- d) Hepsiyle

35. Ağrı genellikle aşırı **anksiyete ile birlikte ve subjektif** bir cevap olduğu için:

- a) Kantitatif olarak ölçülemeyebilir.
- b) Hemşire hastanın söylediğine inanmalıdır.
- c) Hasta ilaç almadan da ağrıya dayanabileceği konusunda cesaretlendirilmelidir.
- d) İlaç tedavisinde yönelim anksiyete giderici ilaçlara doğru olmalıdır.

36. Kanser hastası veya ailesi, ağrı tedavisine ne dereceye kadar (karışabilmeli) kontrol edebilmelidir? (Örneğin analjezik uygulama programının belirlenmesine katılma gibi)

- a) Ağrı tedavisinde kontrolleri olmamalı(karışmamalıdır)
- b) Sağlık profesyonellerinden daha az karışmalıdır.
- c) Sağlık profesyonelleri kadar karışabilmeliler.
- d) Sağlık profesyonellerinden daha çok karışabilmeliler.
- e) Tedavi tamamen onların kontrolünde olmalıdır.

37. **Sizin kontrolünüzdeki kanser hastası ne dereceye kadar ağrı tedavisine müdahale edebilir?** (karışabilir/katılabilir)

- a) Ağrı tedavisinde kontrolleri olamaz
- b) Sağlık profesyonellerinden daha az
- c) Sağlık profesyonelleri kadar.
- d) Sağlık profesyonellerinden daha çok
- e) Tedavi tamamen onların kontrolündedir.

38. Kanser ağrısının geçirilmesine yönelik hemşirelik işlevleri sizce ne kadar iyi bir iştir (yararlı bir iş)?

- Çok sıradan bir iş.
- Sıradan bir iş.
- Kabul edilebilir, istenir bir iş
- İyi bir iş
- Çok iyi bir iş

AÇIKLAMA: Aşağıda kanser hastası tedavisine engel olabilecek bazı olası sorunların bir listesi verilmiştir. Her bir olası sorunu şu kodları kullanarak numaralayın:

- Çok önemli
- Orta derecede önemli
- Az önemli
- Önemsiz

	Önemsiz	Az Önemli	Orta Derecede Önemli	Çok Önemli
39.Hastanın ağrısını tarif etmedeki isteksizliği				4
40.Hastanın narkotik ilaçları almadaki isteksizliği				4
41.Hemşirenin narkotik ilaçları uygulamadaki isteksizliği				4
42.Ağrının giderilmesinde ve değerlendirilmesinde yetersizlik				4
43.Sağlık ekibinin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi yetersizliği				4
44.Psikososyal destek hizmetlerinin olmayışı				4
45.Araç gereç eksikliği ya da kullanımındaki beceri yetersizliği				4
46.Özel yöntemleri uygulayabilen meslek üyelerinin olmaması				4

47. Ağrılı hastaların bakımına ilişkin inançlarınız aşağıdaki kaynaklardan hangilerinden etkilenmiştir?

- Sorumlu şefinizin yaklaşımı ve inancı
- Sorumlu hemşirenizin yaklaşımı ve inancı
- Birlikte çalıştığımız hekimlerin yaklaşımı ve inancı
- Birlikte çalıştığımız hemşirelerin yaklaşımı ve inancı
- Kendinizin ağrılı hastalara ilişkin gözlemleri, deneyimleri
- Kendinizin incelediği kitap, makale vb.kaynaklar

48. Eğitim durumu:

- Sağlık Meslek Lisesi mezunu
- Ön lisans mezunu
- Lisans mezunu
- Lisansüstü
- Doktora

49. Çalışma yılı?

50. Şu anki çalıştığınız üniteadaki çalışma yılınız?

51. Ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir kursa katıldınız mı?

- Evet
- Hayır

52. Çalıştığınız ünite de ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi konusunda hekimlerle bilgi alışverişi yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Ek-2. Bilgi Değerlendirme Formunun Dil Geğerliliği'nde Görüşü Alınan Uzmanlar

Prof.Dr.Serdar Erdine
Okutman Sacide Gürol
Okutman Sema Ünalın

Ek-3. Bilgi Değerlendirme Formunun İçerik Geğerliliği'nde Görüşü Alınan Uzmanlar

Prof.Dr.Serdar Erdine
Prof.Dr.aylan Pektekin
Prof.Dr.Sevgi Oktay
Doç.Dr.Birsen Yürüğen
Doç.Dr.Zehra Durna
Doç.Dr.Nevin Kanan
Doç.Dr.Nermin Olgun
Doç.Dr.Ayşen Yücel
Doç.Dr.Süleyman Özyalçın
Yard.Doç.Dr.Sakine Memiş
Dr.Emine Türkmen

Ek-4. AĞRI TANILAMA VE İZLEME/ KONTROL FORMU

TANILAMA FORMU												
1. Formuna tarih atılmış mı?												
2. Forma hastanın; adı-soyadı												
yaşı												
cinsiyeti												
protokol numarası												
tanısı												
servisi kayıt edilmiş mi?												
3. Ağrı bölgeleri doğru olarak işaretlenmiş mi?												
4. Ağrı şiddeti ile ilgili bilgiler, şu anda												
en kötü olduğu zaman												
en az olduğu zaman												
kabul edilebilir olduğu zaman												
kayıt edilmiş mi?												
5. Ağrı bölgeleri doğru olarak işaretlenmiş mi?												
6. Ağrının özellikleri; başlangıcı												
süresi												
değişiklikleri												
ağrının ritmi kayıt edilmiş mi?												
7. Hastanın ağrı ifadeleri; sözel												
davranışsal												
duygusal												
fiziksel kayıt edilmiş mi?												
8. Hastanın ağrı giderme önlemleri kayıt edilmiş mi?												
9. Ağrıyı artıran durumlar kayıt edilmiş mi?												
10. Ağrıyı azaltan durumlar kayıt edilmiş mi?												
11. Ağrının yaşam kalitesine etkileri; eşlik eden bulgular,												
duyguları kayıt edilmiş mi?												
12. Ağrı giderme ile ilgili hasta önerileri kayıt edilmiş mi?												
13. Tanılama formuna hemşire parafını atmış mı?												

İZLEM FORMU												
14. Ağrı formuna hastanın adı-soyadı												
yaşı												
tanı												
yattığı servis kayıt edilmiş mi?												
15. Hasta bilgileri kayıt edilmiş mi?												
16. Ağrı izlem; tarih												
saatleri kayıt edilmiş mi?												
17. Ağrı bölgeleri kayıt edilmiş mi?												
18. Ağrı izlemi uygun aralıklarla yapılıp/kayıt edilmiş mi?												
19. Hastaya uygulanan analjeziğin adı												
dozu												
veriliş yolu kayıt edilmiş mi?												
20. İlaç dışı hemşirelik girişimleri; eğitim												
psikolojik destek												
pozisyon												
soğuk uygulama												
sıcak uygulama												
masaj												
gevşeme												
diyet												
meşguliyet kayıt edilmiş mi?												
21. Ağrı giderilme düzeyi kayıt edilmiş mi?												
22. "Notlar" bölümüne uygun bilgiler yazılmış mı?												
23. Her şifte ağrısız geçen süre kayıt edilmiş mi?												
24. Hastanın ağrısını değerlendiren kişi parafını atmış mı?												

Ek-5. HEMŞİRE DESTEK ÖLÇEĞİ

1. Hemşire bakımın yürütülmesine ailemin katılımını sağladı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
2. Hemşireler problemlerimin çözümüne yardım etti. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
3. Hemşireler yapılacak işlemler ve alacağım ilaçlar konusunda açıklamalarda bulundu. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
4. Hemşireler endişelerimin azaltılmasına yardımcı oldu. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
5. Hemşireler yeterli bakım almama yardımcı oldu. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
6. Hemşireler değişiklikler konusunda önceden bilgi verdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
7. Hemşireler mahremiyetimin korunmasını sağladı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
8. Hemşireler kendimi ifade etmeme fırsat verdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
9. Hemşireler kullanabileceğim olanaklar hakkında bilgi verdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
10. Hemşireler bedensel fonksiyonlarımı yerine getirmeme yardımcı oldu (Uyuma, beslenme, boşaltma gibi). ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
11. Hemşireler ilaçlarımı düzenli ve zamanında verdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
12. Hemşireler güven verici davrandı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
13. Hemşireler bana zaman ayırdı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
14. Hemşireler güleryüzlü davrandı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz

15.Hemşireler kendi bakımımı nasıl yapacağımı öğretti. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
16.Hemşireler kendimi yalnız hissetmemem için yardımcı oldu. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
17.Hemşireler ailem ile iletişim kurmamı sağladı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
18.Hemşireler benim ihtiyaçlarımı saptadı ve karşıladı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
19.Hemşireler çağrılarımı hızlı bir şekilde yanıtladı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
20.Hemşireler duygularımı dinledi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
21.Hemşireler bana ilgi gösterdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
22.Hemşireler bakımımı zamanında yaptı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
23.Hemşireler bana moral verdi. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
24.Hemşireler rahat bir pozisyonda olmam için yardımcı oldu. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
25.Hemşireler beni dinlemeye zaman ayırdı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz
26.Hemşireler bana dürüst davrandı. ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık ()Çok Sık ()Herzaman ()Gereksiz

ESKİ FORM**Ek-6. Ağrı Tanılama ve Girişim Formu****İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP EĞİTİM HASTANESİ
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ****AĞRI TANILAMA VE GİRİŞİM FORMU**

Hastanın Adı ve Soyadı:

Yaşı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Tanı:

Servis:

Tarih	Ağrının Başladığı Saat	Bölge A.Baş B.Gövde C.Ekstremite	Hemşirelik Girişimlerinden Önceki Ağrı Puanı: 0. Ağrı yok 1. Hafif ağrı 2. Orta ağrı 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli 5. Dayanılmaz	Kullanılan analjezik Adı Dozu Veriliş Yolu	Saat	Hemşirelik Girişimleri 1. Konuşma 2. Pozisyon 3. Masaj 4. Analjezik 5. 6. 7.	Saat	Hemşirelik girişimlerinden sonraki ağrı puanı: 0. Tümüyle geçti 1. Oldukça azaldı 2. Çok azaldı 3. Biraz azaldı 4. Az azaldı 5. Hiç dinmedi	Saat	Hemşire adı ve Notlar

YENİ FORM:

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP EĞİTİM HASTANESİ
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

AĞRI TANI VE GİRİŞİM FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı:

Yaşı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Tanı:

Servis:

Tarih	Saat	Bölge A.Baş B.Gövde C.Ekstremite	Hemşirelik Girişimlerinden Önceki Ağrı Puanı (0-10)	Hemşirelik Girişimleri 1. Eğitim 2. Psikolojik destek 3. Pozisyon 4. Soğuk uygulama 5. Sıcak uygulama 6. Masaj 7. Gevşeme 8. Diyet 9. Meşguliyet 10. Analjezik 11. 12.	Hemşirelik Girişiminden Sonraki Ağrı Puanı (0-10)	Saat	Kullanılan Analjezik Adı Dozu Veriliş Yolu	Saat	Hemşire adı

AĞRI TANILAMA VE GİRİŞİM FORMU

Ağrı tanılama ve girişim formu, ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin kullanabileceği oldukça pratik bir formdur. Sürekli değerlendirme ve kapsamlı bakım sağlar.

Saat: Bu bölüme başladığı saat kaydedilir. Ayrıca hemşireler hastanın ağrısı olmasa da belli zaman aralıkları ile hasta değerlendirmesi yaparak bu formu kullanabilirler.

Bölge: Ön arka ve yandan verilmiş olan insan şekillerini kullanarak hastaya ağrısı olan yeri işaretlemesi söylenir. Eğer hasta bunu şekil üzerinde yapamıyorsa ağrılı bölgeyi kendi vücudunda göstermesi istenir. Ağrılı bölgenin sadece sözel olarak sorulması yanıltıcı olabilir. Hastanın ağrısı baş bölgesinde ise A, gövdesinde ise B, ekstremitelerinde ise C harfi ile kaydedilir. Eğer birden fazla bölgesinde ağrı varsa A,B,C, gibi harflerle yan yana dizilerek kayıt edilebilir.

Hemşirelik Girişiminden Önceki Ağrı Puanı (0-10):

Hastanın ağrısının şiddeti sayısal skala (0-10) kullanılarak ölçülür. O puan ağrısının olmadığını, 10 puan ise en şiddetli ağrıyı ifade eder. Hastaya sırayla şu sorular sorulur: “Şu anda ağrınıza kaç puan veriyorsunuz?”, “0-10 skalasına göre ağrınızın en iyi ve en kötü olduğu sayıları söylemişsiniz?”, “Sizin için kabul edilebilir ağrı puanı kaçtır?”.

Hemşirelik Girişimleri:

Hastanın ağrısını gidermek için hemşirelerin uyguladığı girişimler bu bölüme kayıt edilir. yapılan girişimler başlarındaki rakamlarla kaydedilmelidir. Bu bölümde yer alan girişimler hemşirelerin bağımsız olarak yapabileceği uygulamalardır. Sadece analjezik girişiminde hekimin verdiği ilaçlar uygulanır.

Hemşirelik Girişiminden Sonraki Ağrı Puanı (0-10):

Yapılan hemşirelik girişimlerinden sonra hastanın ağrısının şiddeti yine sayısal skala (0-10) kullanılarak ölçülür. Eğer hastanın hemşirelik girişimleri önce ve sonrasındaki ağrı puanları arasında fark yoksa farklı bir girişim uygulanıp değerlendirilmelidir.

Saat:

Kullanılan analjezik ilacın hangi saatte uygulandığı bu bölüme kayıt edilir.

Kullanılan Analjezik Adı, Dozu, Veriliş Yeri:

Hemşirenin hastasına kullandığı analjezik ilacın adı, dozu, veriliş yolu bu bölüme kayıt edilir.

Hemşire Adı:

Formu kullanan hemşire parafını bu bölüme kaydeder.

Ek-7. AĞRILI HASTADA BAKIM PROTOKOLÜ

BÖLÜM : Algoloji Bilim Dalı

KONU : Ağrılı hastada uygulanacak hemşirelik girişimleri

AMAÇ : Hastanın ağrısını en aza indirmek veya önlemek

SORUMLULUK	İŞLEM
Hemşire (RN)	<ol style="list-style-type: none">1. Ağrı hikayesi alın.2. Ağrının sözel olmayan belirtilerini değerlendirin.3. Tekrar tekrar değerlendirin.4. Hastaya yapacağınız her işlem öncesi ve sonrasında yapması gerekenler hakkında bilgi verin.5. Ağrıyı arttıran faktörleri azaltın (bireysel ve çevresel).6. Ağrı kontrolünde hasta ile işbirliği yapın.7. Hastaya rahat edeceği pozisyonu verin. Eğer hasta immobil ise pozisyonunu en azından saatlik olarak değiştirin.8. Ağrılı bölgeye soğuk ve sıcak uygulama yapın (kontrendike değilse)9. Ağrılı bölgeye masaj yapın(kontrendike değilse). Eğer ağrılı bölgeye masaj yapılamıyorsa kontralateral masaj uygulayın.10. Hastaya gevşeme tekniklerini öğretin (ritmik soluma ve otojenik egzersiz gibi).11. Hastanın ağrısını kontrol edebilmek için diyet önlemlerini alın.12. Hastada dikkati başka yöne çekme metodunu uygulayın (konuşma, şarkı söyleme, müzik, hayal kurdurma gibi).13. Verilen analjezikleri düzenli, doğru olarak uygulayın ve kaydedin. Yan etkilerini gözleyin.

Hazırlayan
Uzm.Hem.Hale ÜSTKAN

EK-8. AĞRI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ HEMŞİRELERİN BİLGİ VE İNANÇLARINI DEĞERLENDİRME FORMU MADDE TOPLAM PUAN KORELASYONLARI (N=17) *

Değerlendirme Formunda Yer Alan İfadeler	r	P
1. Sürekli ağrılar için lüzum halinde narkotik vermek yerine düzenli olarak narkotik vermek gereklidir.	0.60	0.003
2. Hastaya tekrar ağrı giderici ilaç vermeden önce hastanın ağrısı olmalıdır.	0.71	0.000
3. İyi bir ağrı tedavisi için ağrının sürekli değerlendirilmesi ve etkin bir ilaç tedavisi gereklidir.	0.47	0.02
4. Hasta ve aile üyelerinin tedavi sonrası ağrının tamamen geçmesini beklmeleri doğal bir haktır.	0.23	0.16
5. Hastaların (ve ailelerinin) narkotik ilaçların kullanımı konusundaki korkuları, onları ağrı için ilaç istemekten alıkoymaktadır.	0.007	0.48
6. Hastalara L.H.narkotik verilmesi planlansa da, onlar belli saatlerde ilaç almayı isteme eğilimi gösterir	0.36	0.07
7. Hastanın ağrısı olduğunu bildirmesinden ziyade, bunun bir hekim veya hemşire tarafından belirlenmesi (tahmini)daha geçerlidir.	0.30	0.10
8. Ağrılı hastalar, yüksek dozda narkotiği bile solunum sıkıntısı ve sedasyon gibi yan etkiler oluşmaksızın tolere edebilir.	0.36	0.06
9. Hastaların ağrısız bir durumda olmaları sağlanabilir	0.46	0.02
10. Eğer bir hasta veya aile üyesi, ağrının azaldığını veya öfori halinde olduğunu (aşırı neşeli, aşırı hareketli) bildirirse, hastaya daha düşük dozda analjezik verilmelidir.	0.06	0.39
11. Kronik ağrısı olan hastaya rahatsızlığı olsa da olmasa da düzenli aralıklarla ağrı tedavisi (ilacı) yapılmalıdır.	0.72	0.000
12. Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik ilaç verilen hastalar solunum depresyonu ve sedasyon riski altındadır.	0.10	0.33
13. Şiddetli kronik ağrısı olan hastalar, akut ağrısı olan hastalara göre daha yüksek dozda ilaç tedavisine ihtiyaç duyarlar	0.48	0.01
14. Hastaların ağrısız durumda olmaları sağlanmalıdır.	0.67	0.001
15. Hastanın ağrı bildirmemesi mutlaka ağrısı olmadığı anlamına gelmeyebilir.	0.75	0.000
16. Kanser ağrısı uygun kanser tedavisi (kansere ilaçları, radyasyon tedavisi ve ağrı kesiciler) ile dindirilebilir.	0.06	0.40
17. Sizce kanser hastalarının yüzde kaç hastalıklarının herhangi bir döneminde ağrı çeker?	0.56	0.009
18. Sizce kanser hastalarının yüzde kaç bir aydan daha fazla bir süre ağrı çeker?	0.60	0.004
19. Eğer bir hasta ağrı kesici sonrası ağrı çekmeye devam ederse bu durumu hekimine bildirme sıklığınız (yüzde olarak %) nedir?	0.49	0.016
20. Kanser nedeni ile ağrısı olan hastaya narkotik verirken tercih edilecek uygulama yolu:	0.63	0.002

21. Lüzum halinde ağrı kesici ilaç kullanan kanser hastalarında, hangi rahatsızlık safhasında, ek ağrı giderici kullanılmalıdır.	0.47	0.02
22. Kanser hastalarının ağrı yoğunluğuna en doğru kararı verecek kişi	0.21	0.18
23. Belli saatlerde, düzenli olarak narkotik uygulanan hastaların % 25'i ilaç bağımlısı haline gelir.	0.21	0.18
24. Çok şiddetli kronik ağrı, lokalize değildir (yaygındır), derin organ ve yapılarla ilişkilidir.	0.14	0.27
25. Narkotikler, santral sinir sisteminde ağrının iletilmesini ve algılanmasını azaltırlar, narkotik olmayanlar ise periferden ağrının iletilmesini azaltırlar.	0.54	0.008
26. Derinin uyarılması (ısı, deri yoluyla sinirlerin elektriksel uyarılması, masaj, buz) sadece hafif ağrılarda etkilidir.	0.11	0.31
27. İstenilen etkiyi sağlamak için, ilaç tedavisinin sıklığı veya dozu artırıldığında tolerans gelişir	0.17	0.23
28. Kronik ağrının belirtisi ve bulguları akut ağrı ile aynıdır	0.45	0.02
29. Hastanın dikkatinin ve ilgisinin başka yöne çekilmesi (müzikle veya gevşeme teknikleri ile) ağrıyı algılamasını azaltabilir.	0.27	0.12
30. Etkili ağrı kontrolü için, kandaki analjezi seviyesi	0.18	0.22
31. Ağrı kesiciye ihtiyacın artması ve fiziksel semptomların oluşması, hastada bağımlılık geliştiğinin işaretidir	0.10	0.33
32. Hangi semptomlar kronik ağrı ile ilişkilidir?	0.71	0.000
33. Hangi narkotik analjezik en uzun etki süresine sahiptir?	0.41	0.03
34. Ağrı genellikle.....beraberdır.	0.13	0.29
35. Ağrı genellikle aşırı anksiyete ile birlikte subjektif bir cevap olduğu için:	0.08	0.37
36. Kanser hastası veya ailesi ağrı tedavisini ne dereceye kadar (karışabilmeli) kontrol edebilmelidir?	0.22	0.18
37.Sizin kontrolünüzdeki kanser hastası ne dereceye kadar ağrı tedavisine müdahale edebilir? (karışabilir/katılabilir)	0.09	0.34
38.Kanser ağrısının geçirilmesine yönelik hemşirelik işlevleri sizce ne kadar iyi bir iştir (yararlı bir iş)?	0.51	0.01
39. Hastanın ağrısını tarif etmedeki isteksizliği	0.17	0.23
40. Hastanın narkotik ilaçları almadaki isteksizliği	0.04	0.42
41.. Hemşirenin narkotik ilaçları uygulamadaki isteksizliği	0.23	0.16
42. Ağrının giderilmesinde ve değerlendirilmesinde yetersizlik	0.74	0.000
43. Sağlık ekibinin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi yetersizliği	0.11	0.32
44. Psikososyal destek hizmetlerinin olmayışı	0.32	0.08
45. Araç gereç eksikliği ya da kullanımındaki beceri yetersizliği	0.83	0.00
46. Özel yöntemleri uygulayabilen meslek üyelerinin olmaması	0.83	0.00
47.Ağrılı hastaların bakımına ilişkin inançlarınız aşağıdaki kaynaklardan hangilerinden etkilenmiştir?		
47.1. Sorumlu şefinizin yaklaşımı ve inancı	0.40	0.04
47.2.Sorumlu hemşirenizin yaklaşımı ve inancı	0.08	0.37
47.3.Birlikte çalıştığınız hekimlerin yaklaşımı ve inancı	0.51	0.01
47.4.Birlikte çalıştığınız hemşirelerin yaklaşımı ve inancı	0.83	0.00

47.5.Kendinizin ağrılı hastalara ilişkin gözlemleri, deneyimleri	0.36	0.06
47.6.Kendinizin incelediği kitap, makale vb kaynaklar	0.13	0.28
48.Eğitim durumu	0.78	0.000
49.Çalışma yılı	0.99	0.000
50.şu anki çalıştığınız ünitadaki çalışma yılınız?	0.94	0.000
51.Ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir kursa katıldınız mı?	1.00	0.000
52.Çalıştığınız ünite de ağrılı hasta bakımı ve ağrı tedavisi konusunda hekimlerle bilgi alışverişi yapıyor musunuz?	0.56	0.006
α		0.65

* 47.ifade 6 ifadeye dönüştürüldü.



ÖZGEÇMİŞ

1966 yılında İstanbul Ümraniye’de doğan Hale Üstkan, ilköğrenimini ve orta öğretimini Üsküdar’da tamamladı. 1983-87 yılları arasında İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda hemşirelik eğitimini aldı. 1990 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde “Hemşirelikte Yüksek Lisans” çalışmalarını tamamlayarak “Uzman Hemşire” ünvanını aldı. 1990 yılında hemşirelikte doktora eğitimine başladı.

Marmara Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Servisi’nde 1987-89 yılları arasında servis hemşiresi olarak 2 yıl, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda İç Hastalıkları Hemşireliği’nde Araştırma Görevlisi olarak 1989-94 yılları arasında 5 yıl çalıştı. 1994 yılında çocuklarına bakmak için istifa etti ve halen çalışmamaktadır.

Hemşirelik, özellikle de iç hastalıkları ve psikiyatri hemşirelikleri ile ilgili çeşitli kongre, sempozyum, kurs ve seminerlere katılmış olup, Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği üyesidir.

Evli ve iki çocuğu olan Hale Üstkan İngilizce bilmektedir.

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**