

Ağrı ve Hemşirelik

Sibel Yolcu¹

Özet

Ağrı, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın görülen, gün geçtikçe giderek artan ve genellikle de tedavisi yetersiz yapılan bir sağlık problemidir. Ağrı, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın görülen, gün geçtikçe giderek artan ve genellikle de tedavisi yetersiz yapılan bir sağlık problemidir. Ağrının fizyolojisini açıklayabilmek için Nosisepsiyon kavramının bilinmesi gerekir. Birçok ağrı deneyimi yaşayan kişi, doku hasarı ve fizyopatolojik değerlerde değişiklik meydana gelmeden ağrı duyduğunu belirtir. Ağrının subjektif doğası ve karmaşık yapısı ölçme ve değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme yapıldıktan sonra mutlaka ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisinde ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir. Ağrı ölçümleri geçerli ve güvenilir olmalıdır. Bu niteliklere sahip olmayan ölçümler kullanıma elverişli değildir. Güvenirliğin olması için bir ölçümün kendi içinde tutarlı olması gerekir. Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; hastanın rakamlar ya da sözcüklerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini mümkün olduğunca objektif hale dönüştürmeyi amaçlar. Bu şekilde ölçek kullanımı hem hastanın hem de bakım veren hemşire ve hekimlerin arasındaki farklı yorumların ortaya çıkmasına engel olmaktadır. En güvenilir ağrı göstergesi hastanın kendi bildirimidir. Ağrı kontrolünde hemşireleri diğer ekip üyelerinden farklı kılan ve ayıran temel noktalar; hemşirenin hasta ile geçirdiği vaktin diğer ekip üyelerinden daha uzun süre olması ve bu nedenle hastanın daha önceden yaşamış olduğu ağrı deneyimleri ve bununla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerek duyduğu zamanda bunlardan yararlanması, öğrenmiş olduğu ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, gerektiğinde ona rehberlik etmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşım sağlamasıdır.

1 Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul/Türkiye, mail: sibel.yolcu@atlas.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2227-761X>

GİRİŞ

Ağrı, farklı özellik ve şiddetle ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve kişiye özeldir. Aynı şiddetteki ağrılı uyarının kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşabilmektedir. Ağrı algısı sadece uyarının kişide meydana getirdiği yoğunluğu ile açıklanmaz. Bireyin, cinsiyeti, yaş, kültürü ve kişilik özelliklerinin haricinde belirtmiş olduğu bireysel yorumu ve diğer psikososyal faktörler de ağrı algısını etkiler. Ağrıya sebep olan durumun birey için ne anlam ifade ettiği ile ağrının süresi ve toleransının birbirleriyle bağlantılı oldukları söylenebilir. Örneğin; ağrısının hemen azalacağına ve kısa zamanda iyi olacağına inanan birey, yaşamı boyunca kanser ağrısı çeken bireyden farklı tepki gösterme eğilimindedir. emelde subjektif kriterler taşıyan bu durumu objektif olarak ölçülmesi, değerlendirilmesi, araştırılması ve sınıflandırılması da son derece zordur. Ağrının sadece şiddeti değil; süresi, lokalizasyonu, somatosensöriyal özellikleri, eşlik eden emosyonel belirtileri gibi diğer özellikleri de değerlendirilmelidir. Ağrının subjektif doğası ve karmaşık yapısı ölçme ve değerlendirilmesini güçleştirmektedir.

Ağrının en basit değerlendirme yolu, hastaya ağrısının var olup olmadığını sormaktan geçer. Ancak her hasta ile iletişime geçmek mümkün olmadığı için, yanıt alınan hastalarda da tam ve yeterli bir ağrı değerlendirmesi yapmak mümkün olmayabilir. Ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme yapıldıktan sonra mutlaka ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisinde ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir. Ağrının giderilmesi ve yönetimi kapsamlı bir tanılamayı gerektirir. Ağrının en basit değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir. Ağrı ölçümünde günümüzde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrının tipi, ölçeceği kullanacak hekim ve hemşirenin ağrıya karşı tutumu ve bu konudaki bilgi ve davranışları gibi birçok faktör kullanılacak ölçeğin hangisi olacağı konusunda etkili olmaktadır. Ağrı, karmaşıklığı ve çok boyutlu bir fenomene sahip küresel bir sorundur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'ne (IASP) göre, ağrının en yeni tanımı duyuşal, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenlerle gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı üzücü bir deneyimdir. Ağrı kontrolünde hemşireleri diğer ekip üyelerinden farklı kılan ve ayıran temel noktalar; hemşirenin hasta ile geçirdiği vaktin diğer ekip üyelerinden daha uzun süre olması ve bu nedenle hastanın daha önceden yaşamış olduğu ağrı deneyimleri ve bununla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerek

duyduğu zamanda bunlardan yararlanması, öğrenmiş olduğu ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, gerektiğinde ona rehberlik etmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşım sağlamasıdır.

1. AĞRININ TANIMI

Ağrı, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın görülen, gün geçtikçe giderek artan ve genellikle de tedavisi yetersiz yapılan bir sağlık problemidir. Ağrı sözcüğünün kökeni Yunanca bir kelime olan “poine” sözcüğünden gelmiş olup önce eski Fransızca’ya, oradan İngilizce’ye geçmiştir. Penaltı (penalty) bu kökten gelir.

Günümüzde ağrı, hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Ağrı, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın görülen, gün geçtikçe giderek artan ve genellikle de tedavisi yetersiz yapılan bir sağlık problemidir. Bu tanımlamadaki en önemli özellik, ağrının hoşça gitmeyen bir duygu olmasıdır. Klinik olarak en yararlı ağrı tanımını Mc Caffery yapmış ve ağrıyı, hastanın söylediği şey olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre ağrı, subjektif ve çok boyutlu bir doğaya sahip ve bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini kapsamakta ve en önemlisi de ağrı kontrolünde güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir.

Ağrı, farklı özellik ve şiddetle ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve kişiye özeldir. Aynı şiddetteki ağrılı uyarının kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşabilmektedir. Tüm insanların hayatlarının değişik dönemlerinde deneyimledikleri ağrı; acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini etkileyen, bir yandan da ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir.

2. AĞRININ FİZYOLOJİSİ VE ALGILANMASI

2.1. Ağrının Fizyolojisi

Ağrının fizyolojisini açıklayabilmek için Nosisepsiyon kavramının bilinmesi gerekir. Nosisepsiyon; doku hasarı ve ağrı algılaması arasında oluşan karmaşık bir dizi elektrokimyasal olaylar serisinin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bedenin bir bölgesinden kaynaklanan gerçek ya da olası olayın tümünü birden tanımlar. Bedenin bir bölgesinden kaynaklanan gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan hoş olmayan sensoryal

ve emosyonel bir duyu olarak tanımlanan ağrı, nosisepsiyon içinde bir algılanma olayıdır. Normal süreçte ağrının fizyolojik işleyişinde ağrının görevi oluşabilecek zararlı bir saldırıdan organizmayı korumaktır. Bu tanıma göre ağrı, oluşan doku hasarında uyarıcı görevinde olabileceği gibi, sonradan meydana gelen akut bir hastalığın tanısının konulmasında veya verilen tedavinin değerlendirilmesinde de yardımcı olabilir. Ancak bazı durumlarda ağrı savunma mekanizmasından daha çok hastanın içinde bulunduğu belli başlı tek sorunu haline gelebilir. Ağrı fizyolojisi içinde yer alan bölgeler ve sistemler başlıca dört grupta incelenmektedir;

- a) Nosiseptör ve çevresi
- b) Omurilik dorsal boynuz nöronal sistemi
- c) Nosiseptif implusların ağırlıklı gittiği afferent sistemler. Bunların arasında anterolateral afferent traktuslar, retiküler cevher ve talamus da dahildir.
- d) Ağrılı uyarıları değiştiren, inhibe eden supraspinal ve spinal anti nosiseptif sistemler

Nosiseptörler, tüm deri, deri altı dokularında bulunan çıplak ve serbest sinir uçlarıdır. Bunların hücre cisimleri spinal ve trigeminal ganglionlarda bulunur. Bu sinir uçları myelinsiz C lifleri ile küçük, myelinli A delta liflerinin distal uçlarından oluşmuşlardır. Deriye uygulanan bir zararlı uyarı izleyen periferik “nosisepsiyon” olayları şu olaylarla gerçekleşir;

- Mekanik uyarı direkt olarak nosiseptörü uyarır. Bu da hızlı bir şekilde gerçekleşerek kişide çok ani ve erken ağrı algılanmasına neden olur.
- Dışarıdan gelen zararlı etkilere sahip mekanik uyarı, bölgede bulunan dokuların hücre zarı permeabilitesi ve bütünlüğünü bozar. Lokal hücrelerin yıkılması sonucunda bradikininin yapma görevli maddeler çıkar ve bu şekilde zincirleme meydana gelen reaksiyon ile bradikinin oluşur. Bradikinin buradaki işlevi, nosiseptörün direkt olarak aktive edilmesi ile bereaber çevre damarlarda vazodilatasyon yaratmaktır. Hücre zarları üzerine etki ederek prostoglandinlerin oluşmasına katkıda bulunmak bradikininin diğer görevi arasında yer almaktadır.
- Trombositlerden serotonin atılır ve serotonin ile direkt olarak nosiseptörler aktive edilir. Serotoninlerin bunun yanında çevre hücre zarları üzerine etki yaparak prostoglandinlerin salgılanmasına yardımcı olma görevi de bulunmaktadır.

- Ayrıca hücre yıkımı ile intrasellüler potasyum iyonlarının dışarı çıkması nosiseptörleri aktive eder.
- Gerek serotonin ve bradikininin hücre membranındaki fosfolipidler üzerine etki yapması gerekse doku travması üzerine protoglandinler ve lökotrienler serbest hale gelir ve bu sayede bölgede ödem ve inflamasyon gelişir.

Nosiseptörler ağrının meydana gelmesinde önemli ise de bazı nörolojik kaynaklı ağrıların oluşmasında varlıklarına gerek olmayabilir. Ayrıca ağrı nedeni olarak dokularda meydana gelen iskemi; dokuya giden kan akımı kesildiği zaman hemen ardından birkaç dakikada doku çok ağrılı bir duruma gelir ve dokunun metabolizma hızı ne kadar yüksek ise ağrı da o kadar hızlı olarak ortaya çıkmaktadır. İskemide ağrıya neden olan faktörlerden birisi, iskemi sırasında anaerobik metabolizmanın etkisiyle fazla miktarda laktik asit birikmesidir. Hücre harabiyetinde dokularda oluşan bradikinin, proteolitik enzimler ve başka kimyasal ajanların da laktik asitten çok, ağrı sinir uçlarını uyarması olasıdır.

2.2. Ağrının Algılanması

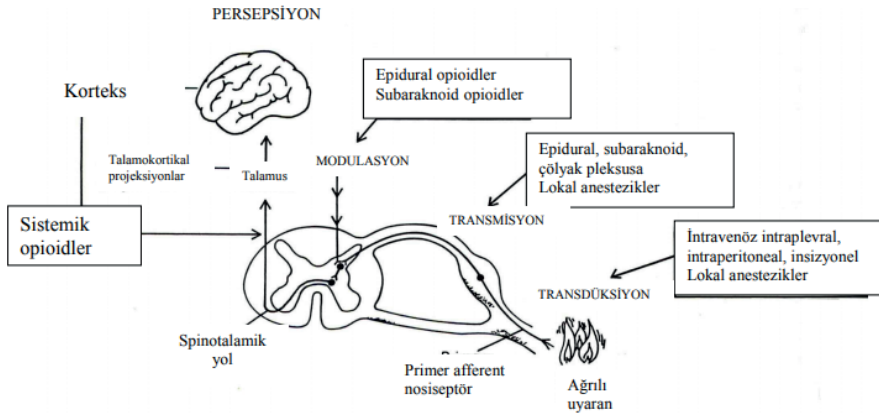
Ağrının algılanması primer afferent nosiseptörler (özelleşmiş sinir uçları) adı verilen ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Nosisepsiyon ağrı anlamında kullanılmaktadır. Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda yer alan reseptörlerdir ve ağrıyı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarıların algılanmasından sorumludurlar. Fizyolojik koşullarda, afferent liflerin duysal uçları yalnızca güçlü ve zararlı uyarılarıyla aktive olur ve beyin bu liflere gelen uyarıları ağrı olarak algılar. Bahsedilen ağrılı uyarıların üst merkezlere doğru dört aşamadan geçtiği söylenebilir. Bunlar; transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyondur.

Ağrı 4 aşamada algılanır;

1. Transdüksiyon (ağrının hissedilmesi): sensoryal sinir uçlarında zararlı uyarıların elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir.
2. Transmisyon (ağrının iletilmesi): İlgili yapılardaki bilginin sensoryal sinir sistemi boyunca yayıldığı aşamadır. Nöral yollar 3 aşamadan oluşur;
 - a. Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletilmesi

- b. Uyarının spinal kordda, assendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
 - c. Talamokortikal projeksiyon
3. Modülasyon (ağrının düzenlenmesi): Nosiseptif transmisyonun inen nöral yollarla azaltılmasıdır.
 4. Persepsiyon (ağrının algılanması): Transmisyon, transdüksiyon ve persepsiyon ile birlikte sübjektif emosyonel ve bireyin psikolojisi ile etkileşimi ile gerçekleşen ağrının algılanmasının sağlandığı son aşamadır.

Birçok ağrı deneyimi yaşayan kişi, doku hasarı ve fizyopatolojik değerlerde değişiklik meydana gelmeden ağrı duyduğunu belirtir. Bu ağrı, vücudun farklı bir bölümünden kaynaklanan sensoriyel bir duyu olarak duyulur ve emosyonel komponentler taşır. Bu duyumu, doku hasarı ile beraber olan duyumdan ayırt etmek imkansızdır. Hasta eğer bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa, hemşire de hastanın tanımladığı duyumu ağrı olarak kabul etmelidir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği, ağrının hemen her zaman psikolojik bileşenlerle beraber oluştuğunu sadece duyu reseptörleri ve duyu yollarındaki uyarılma ile ortaya çıkmadığını belirtmektedir (Şekil 1).



Şekil 1: Ağrının Algılanması

Kaynak: Babacan A. Ağrı, ağrı yolları ve ağrılı hastaya yaklaşım. Erişim tarihi: 25.07.2021, <https://tr.scribd.com/document/334575990/a%C4%9Fr%C4%B1-yollar%C4%B1>.

3. AĞRI ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ağrı algısı sadece uyarının kişide meydana getirdiği yoğunluğu ile açıklanmaz. Bireyin, cinsiyeti, yaş, kültürü ve kişilik özelliklerinin haricinde belirtmiş olduğu bireysel yorumu ve diğer psikososyal faktörler de ağrı algısını etkiler.

Yaş

Ağrı her yaşta deneyimlenebilmektedir. Ancak ağrıya verilen tepkiler yaşlara göre farklılık göstermektedir. Kuramsal olarak yaş ile birlikte sinir sisteminde ve cilt dokusu üzerinde bazı değişiklikler olduğu, bu nedenle kişinin yaşı ilerledikçe cildindeki değişikliklerden dolayı yaşanan ağrı türlerinde de değişiklikler olabileceği aynı zamanda yaşla birlikte visseral ağrının artarken kütanöz ağrının azalabileceği belirtilmektedir. Çocukların genellikle ağrıyı dile getirirken kullandıkları davranışsal tepkilerin huzursuzluk, ağlama olduğu bilinmektedir. Yaşlılar ise yaşlanmanın doğal sonucu olarak ağrıyı duyumsadıkları ve katlanılması gereken bir deneyim olarak düşünmektedirler. Aynı zamanda ağrıyı zayıflık işareti ve kötü hasta olarak nitelendirilecekleri gibi düşünceleri kendilerinde barındıran yaşlı hastalar, ağrılarını bildirmede isteksiz davranabilmektedirler. Postoperatif ağrı ile ilgili yapılan çalışmalarda; yaş ilerledikçe ağrı toleransı artarken ağrı varlığı bildirimiminin zorlaştığı sonucuna varılmıştır.

Cinsiyet

Ağrı davranışını etkileyen bir diğer faktör de cinsiyettir. Yapılan çalışmalar sonucunda ağrı toleransının erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında oluşan bu farkın ise kültürel durumunda ağrıya bağlı değişiklik göstermesinden ve yüksek ağrı toleransı yaşanmasının genellikle başkaları tarafından takdir edildiği düşüncesinden kaynakladığı şeklinde açıklanabilir. Buna göre meydana gelen ağrıyı erkeklerin kadınlardan daha iyi tolere etmeleri beklenir. Ayrıca bir başka çalışmada kadınların ağrıları olduğunda analjezik talebinde erkeklere göre daha erken buldukları belirlenmiş olup kadınların tek dozla daha uzun süre yetindikleri fakat erkeklerin analjezik kullanım miktarının kadınlara göre fazla olduğu belirlenmiştir.

Bireyin cinsiyetinin ağrı deneyimi üzerindeki etkisi çelişkilidir. Kronik hastalıklı bireylerde yapılan başka bir çalışmada ağrı şiddetinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine kız ve erkek çocukların ağrı yoğunluğunu algılamalarına yönelik bir çalışmada; kızların daha fazla ağrı çektikleri ve bunu daha iyi belirttikleri görülmüştür.

Fizyolojik olarak, kadın ve erkek popülasyonunda ağrı algılanmasındaki farklılığın en önemli nedeni, ağrının oluşum mekanizmasında önemli yeri olan nöroaktif maddelerin cinsiyete ve hormonlara bağımlı olarak her iki cinste farklı üretilmesinden kaynaklandığı şeklinde açıklanmaktadır.

Kültür

İnsanlar yetiştikleri toplumun değer, yargı ve tutumlarına göre “nasıl hasta” olunacağını ve “hasta rolünü” öğrenirler. Bu nedenle ailenin, toplumun sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu algılama biçimi hastanın ağrısını algılama ve ifade biçimini etkiler.

Bir bireyin kültürel alt yapısının içinde ortak değer, davranış standartları ile tutumlarını kapsar. Kültürel değer ve inançlar, hastanın ağrıya ya da geçirmiş olduğu diğer hastalıklara karşı cevabını, hasta-hemşire ilişkilerini ve hastaların sorunlarına karşı hemşirelerin vereceği cevabı da etkileyebilir. Bazı kültürler ağrısı olan bir bireyin yaşamış olduğu duygu ve davranışlarını dışarı karşı açıkça göstermelerine müsaade ederken, bazı kültürler ise bu davranış biçimi hoş karşılamaz. Bütün insanların kültürel geçmişleri göz ardı edilerek herkesi aynı tipte “duyusal eşşe” sahip bireyler olarak kabul ederiz. Fakat, kültürel yapı, “ağrı algılama eşşinde” güçlü bir etkiye sahiptir. Kültürel yapı “ağrı tolerans” düzeyinde en etkili durumdur. Ağrı toleransında oluşan bu farklılıklar etnik tutumlardaki değişiklikleri yansıtır.

Kültürel etkenlere bağılı olarak bireylerin ağrıyı algılama, ağrı durumunda analjezik isteme ve geleceğe bakış üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada, Amerikalı, İtalyan, İrlandalı ve Yahudi hastalar karşılaştırılmış ve araştırmanın sonucunda İtalyanların çok hızlı şekilde ağrılarının geçmesini istedikleri ve yakınları ile birlikte vakit geçirmeyi istedikleri; Yahudilerin geleceğe yönelik kuşkucu ve sorgulayıcı oldukları, ağrı geçse de ağrıdan yakınma eğilimi gösterdikleri, yakınları ile birlikte olmak istedikleri; Amerikalıların ise duygusal tepki vermemeye çalıştıkları, geleceğe yönelik iyimser oldukları, ağrı sürdüğünde sosyal izolasyon gösterdikleri, İrlandalıların ise kaderci tutum takındıkları belirlenmiştir.

Birey hastalığa “kem gözün” veya “kıskançlığın” neden olduğuna ve bu hastalığın en iyi tedavisinin kem gözün veya kıskançlığın bertaraf edilmesi olduğuna inanıyorsa, onun geleneksel inanışları var demektir. Dinsel veya etnik bir alt yapı bu inanışları doğurabilir. Ağrı algılaması ve sağlık profesyonellerinin ağrıya karşı cevabı kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bir hastanın duygusal durumunu belirlemek için, sağlık profesyonelleri; etnik gruplar arasında duygusal ifade kalıplarının ne şekilde farklılık gösterdiğini bilmek durumundadır. Ağrıya verilen tepki, kültürel alt yapının

etkisindedir ve sağlık profesyoneli için ağrıyı objektif olarak değerlendirmek önemlidir. Bunu yapabilmeleri için sağlık ekibi üyelerinin yaşadıkları ağrıya kendi verdikleri tepkinin de kültürel farklılıkların oluşturduğu etkiler altında olduğunun bilincinde olmaları gerekir. Ayrıca hemşireler ve tüm çalışanlar, “inilti”, “yüz buruşturma”, “aktivitelerin sınırlanması”, “ağrılı bölgeye basınç uygulama”, “ovma” gibi rahatsızlık belirtilerine karşı duyarlı olmalıdır. Duyarlı olunan bu davranışlar birçok kültürde ağrı ifadesi olarak kabul edilmektedir.

Kişisel Özellikler

Bireyin ağrıyı algılaması ve ağrı toleransı kişisel ve psikososyal etmenlerden etkilenmektedir. Rahatsızlık, korku, uykusuzluk, bağımlılık, anksiyete, sinirlilik, duygusal üzüntü, mental izolasyon, depresyon ve içe kapanıklık ağrı toleransını azaltan faktörler arasında yer alırken, uyku, anlayış, rahatlama, analjezik, ilgi, moral artışı, dışadönüklük, anksiyolitik ve antidepresan ilaç kullanımı ağrı toleransı ve ağrıya katlanma gücünü arttıran faktörler şeklinde etki gösterirler.

Geçmiş Deneyimler

Geçmiş deneyimler olumlu veya olumsuz ağrının algılanmasını etkileyebilir. Çocukların yaşamlarında meydana gelen ağrı önemli olaylardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle ağrı yaşayan birey bunu uzun süre anımsar. Bu durum da kişide ağrıya karşı sonradan verilecek tepkileri önemli ölçüde etkiler. Eğer birey önceden yaşadığı ağrı deneyimlerinde zamanında ve etkili bir ağrı kontrolü altında tedavisi yapılmış ve rahatlatılmış ise, şimdi yaşadığı ağrıya karşı uyumunun ve toleransının arttığını söyleyebiliriz. Fakat aksi gerçekleşmiş ise bu durum uyum ve toleransın düşmesine neden olacaktır. Bu durum özellikle ameliyat sonrasında yaşanan ağrı algısında son derece önemlidir. Daha önceki zamanlarda geçirdiği cerrahi operasyonlarda etkili ağrı kontrolü verilememiş olan hastaların yeni olacak tedavilerini reddetmeye neden olacak kadar tepki ortaya koyabildikleri bilinmektedir.

Ağrıyı Oluşturan Durumun Anlamı ve Önemi

Ağrıya sebep olan durumun birey için ne anlam ifade ettiği ile ağrının süresi ve toleransının birbirleriyle bağlantılı oldukları söylenebilir. Örneğin; ağrısının hemen azalacağına ve kısa zamanda iyi olacağına inanan birey, yaşamı boyunca kanser ağrısı çeken bireyden farklı tepki gösterme eğilimindedir. Sürekli ağrı yaşayan bireyin dinlenme dönemlerinde de ağrısının tekrar başlayacağını bildiği için anksiyetesi daha yüksek olur. Anksiyete de oluşacak ağrının daha da artmasına neden olmaktadır.

Pavlov'un deneyleri ağrı deneyimi ile kişinin ağrıya yüklediği anlam arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmalarda, Pavlov, köpeklerin şoktan sonra yemek verilmediği takdirde değişebileceğini göstermiştir. Anlamın güçlü etkisine dair diğer bir örnek Henry Beecher'dan gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı sırasında ciddi şekilde yaralananlar ile barış zamanında bir Amerikan hastanesinde yatan sivilleri karşılaştırmış, ciddi yaralarına rağmen askerlerin sivillere göre daha az ağrı ifade ettiklerini ve daha az analjezik talep ettiklerini bulmuştur. Beecher'e göre askerlerin hayatta olduklarını ve ateş hattından uzaklaştırıldıklarını bilmeleri çok önemliydi. Askerler için yaraları savaş ve felaketin sonunun bir işaretiydi, fakat siviller için ise cerrahi girişim kişisel felaketin ve hayatlarındaki sektenin habercisiydi.

4. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili olarak, vücudun belli bir yerinden köken alan, hoş olmayan bir duyum ve davranış şeklidir. Genel olarak bakıldığında var olan bir sorunun çözümlenmesi, onun tam anlamıyla ne olduğunun anlaşılması ile mümkün olur. Ağrı gibi bir problem varlığında ise ne olduğunun tanımlanması olayı oldukça önem kazanan bir olay haline döner. Temelde sübjektif kriterler taşıyan bu durumu objektif olarak ölçülmesi, değerlendirilmesi, araştırılması ve sınıflandırılması da son derece zordur. Ağrının sadece şiddeti değil; süresi, lokalizasyonu, somatosensöriyal özellikleri, eşlik eden emosyonel belirtileri gibi diğer özellikleri de değerlendirilmelidir. Ağrının ortak bir dil ile sınıflandırılması ve değerlendirilmesi, ağrının kendisi ve tedavi yöntemlerin açısından en önemli basamaktır.

4.1. Ağrının Süreye Göre Sınıflandırılması

4.1.1. Akut Ağrı

Akut ağrı, ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olan lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkisi olduğu, yara iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Hemen her zaman nosiseptiftir. Her türlü yaralanmanın ve hastalık durumunun sonucu olarak görülebilir. Hasarı lokalize etme, organizmayı dış etkilerden koruma ve sınırlandırma gibi yararları vardır. En sık karşımıza çıkan şekli, bel ağrısı ve baş ağrısıdır. Önemli bir alt grup postoperatif ağrılardır. Postoperatif ağrı, renal kolik, myokard infarktüsü, pankreatit gibi akut ağrılı tablolar tekrarlayan ataklarla intermittan özellik kazanmaktadır.

Akut ağrının yetersiz tedavi edilmesi, tromboembolik ve pulmoner komplikasyonlara, hastaların yoğun bakım ünitelerinde veya hastanede kalış sürelerinin uzamasına, ağrı tedavisi için hastaların taburculuk sonrası hastaneye geri dönmesine, hastaların yaşam kalitelerini azalmasına ve kronik ağrının gelişmesine neden olabilir.

4.1.2. Kronik Ağrı

Akut bir hastalıktan veya makul bir iyileşme sürecinden sonra ağrının devam etmesi ile kronik ağrı meydana gelmektedir. Her yıl kronik ağrıya bağlı olarak 700 milyon iş günü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği tahmin edilmektedir. Bir aydan kısa ya da altı aydan uzun olabilir.

Kronik ağrıya sık rastlanmasının sebebi, çok fazla hastalıkla ilişkili olmasıdır. En sık görülen kronik ağrılar, bel ağrısı, baş ağrısı, osteoartrit ve romatoid artrit başta olmak üzere kronik kansere bağlı olmayan ağrılardır. Kronik ağrı, direkt ağrı etyolojisiyle ilgili olmayan pek çok diğer durum ve hastalıkla birlikte bulunabilir. Bu hastalarda kısıtlılığı arttıran ciddi ek sorunlar da ortaya çıkar. Tipik olarak bu sendromda olgular yaşadıkları fiziksel zarardan daha fazla oranda kısıtlılık tarif ederler. Bu hastalar diğer her şeyi bir kenara bırakıp ağrıya ve ağrı tedavisine odaklanırlar, yaşamlarını buna göre düzenlerler. Bu kişilerde şiddetli depresyon ve kronik anksiyete görülür. İlaç kötüye kullanımı görülür, ancak gerçek bağımlılık ve ilaç arama davranışı nadirdir. Bu hastaların çoğu inaktif ve sedanter bir yaşama mahkum olmaktadır.

Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) Taksonomi Alt Komitesi; kronik ağrıyı beş eksenli taksonomi şeklinde, eksen bazında tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre; 1. Eksen ağrının yer aldığı vücut bölgesi ile ilgilidir. Birden fazla bölgede ağrısı olan hastalarda iki kod verilir. İkinci eksen ağrının etkilediği sistemleri, 3. Eksen oluşum süresini ele alır. Bazen durumun devamlı mı yoksa tekrarlanmalarla birlikte devamlı mı olduğuna karar vermek zor olabilir. Dördüncü eksen, hastanın ifadesine göre ağrının şiddeti ve başladığından bu yana geçen süreyi, 5. eksen ise ağrının etyolojisini belirtir ve tartışmaya en açık bölümdür. Çünkü farklı ağrı durumlarında pek çok mekanizmanın işe karıştığı sanılmaktadır. Bazı durumlarda aynı kodu alan sendromlarda kodun sonuna harf ekleyerek fark oluşturulur. A harfi bazen akut olgularda bazen de ilk tanımlanan hastalığı göstermekte kullanılır. S ve R harfleri kodun sonunda ağrının spinal ya da radiküler olup olmadığını ifade eder. Her iki bölgede de mevcutsa kombine anlamında C harfi kullanılır.

Beş eksenli oluşturulan ağrı sınıflamasının avantajı, beş eksenli temel olması ve zor bir işte başlangıç oluşturmasıdır. Ancak bu sistemin de eksiklikleri vardır. Her hekim tarafından kullanılması zor bir yapıya sahiptir ve kullanımı bu anlamda uzmanlık gerektirir ve kullananlara uluslararası kullanımda dil sorunları olabilir. Yine de bu sınıflama, ağrı araştırmaları ve tedavisi konusunda önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir.

4.1.2.1.Kronik Ağrı Sıklığı

Ağrı hastayı doktora gitmeye neden olan ikinci en sık yakınmadır. Bakıldığında birinci nedenin üst solunum yollarında meydana gelen enfeksiyon olduğu görülmektedir. Her yıl birçok kişiyi olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşüren kronik ağrının en sık görülme nedeni dizabilitedir. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Asya, Avrupa, Afrika ve Amerika'da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yaptığı çalışmada kronik ağrı sıklığı %21,5 olarak bulunmuştur. Gene ağrı sıklığının incelendiği başka çalışmalarda; Türkiye'de ağrı şikayeti olan erişkinlerin %76,6'sında kronik ağrısının olduğu, Danimarka'da kronik ağrı sıklığının %20,2, İskandinav ülkelerinde %30 ve Hong Kong'ta ise, %21,5 olduğu belirlenmiştir.

Kronik ağrının en sık bel ağrısı nedeni ile görülmektedir. Bel ağrısı genellikle 45 yaş altında en önemli fiziksel yetersizlik nedenidir ve kronik ağrılar içinde sıklığı %5' tir. Yaşlılarda ağrı nedenleri incelendiğinde en başta kas, kemik ve eklemlere ilişkin hastalıkların geldiği görülmektedir. Bunlar arasında; osteoartrit, spondilozis, osteoporoz, bel ve bacak ağrıları, romatoid artrit, fibromiyalji, miyofasial ağrı, tenosinovit, hareketsizliğe bağlı kontraktürler, iyileşmemiş kırıklar, Paget hastalığı ve sekonder miyopatiler gibi hastalıklar yer almaktadır.

4.1.2.2.Kronik Ağrı Basamakları

Kronik ağrı kavramı dört aşamada incelenir.

- i. Basamak: Mekanik, termal ya da kimyasal uyarılar ile doku hasarı olur ve bu hasar sinir sistemine iletilir.
- ii. Basamak: Santral sinir sisteminde ağrı uyarı algılanır.
- iii. Basamak: Bu basamakta psikolojik faktörler tabloya eşlik eder.
- iv. Basamak: Ağrı davranışları ortaya çıkar.

Bir başka görüşe ise, kronik ağrı belirtileri 5D olarak açıklanmaktadır. Buna göre;

1D İlaç bağımlılığı,

2D Fonksiyonel kayıp,

3D Kullanmamaya bağlı kuvvet ve dayanıklılık kaybı,

4D Depresyon ve duygu durum bozukluğu,

5D Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede zorluk ve iş gücü kaybıdır.

Daha sonraki yıllarda buna uyku bozuklukları da eklenmiştir.

4.1.2.3.Kronik Ağrı Mekanizmaları

Modern tıp ve hemşirelik holistik yaklaşımı benimsemekte olup, ağrıyı psikolojik, sosyal ve kültürel boyutu ile de ele almayı öngörmektedir. Kronik ağrının meydana gelmesinde biyomedikal ve biyopsikososyal model üzerinde durulmaktadır. Biyomedikal mekanizmalar Descartes tarafından ilk kez öne sürülmüştür ve bugünkü teorilerin çıkış noktasıdır. Fiziksel patoloji olmadığı zamanlarda ağrının varlığı veya fiziksel patoloji varlığında hastanın ağrı duyumsamaması biyomedikal model yardımıyla açıklanabilen bir durumu ifade etmektedir. Biyopsikososyal modelde bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörler yer almaktadır. Bu modelde ağrının tüm boyutları aynı derecede önemli kabul edilmektedir.

- **Bilişsel Faktörler:** Hastanın inanışları, beklentileri, ağrı ile ilgili baş etme şekli, sosyal destekleri, hastalıkları ve hastalıklarına yüklediği anlam, sağlık güvencesi hastanın ağrı kontrolü üzerinde etkilidir.
- **Emosyonel Faktörler:** Ağrı ve psikolojik durum ilişkisi iki yönlüdür. Kronik ağrının algılanmasında psikolojik faktörlerin yeri bilinmektedir fakat ağrının da kişinin psikolojik durumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Kronik ağrıda en sık depresyon belirtileri görülmektedir. Bunların yanında anksiyete, çaresizlik, kızgınlık, saldırganlık, ümitsizlik olabilir. Fakat ağrının başlangıcında görülen depresyon kronikleşme için ön belirleyicidir.
- **Davranışsal Faktörler:** Sözel bildirimler ve davranış şekilleri ile ağrıya yönelik bilgiler elde edilebilir. Çevrenin kişiye olan yanıtı kişinin göstermiş olduğu ağrı davranışını destekler ve bu şekilde davranışın kalıcı duruma gelmesine neden olur. Yanlış davranış şekilleri de korku ve kaçma tepkileri sonucunda meydana gelmektedir. Ağrı davranışları sözlü, motor davranış, yardım arama ve fonksiyonel sınırlılık şeklinde olabilir. sözlü olan ağrı davranışları inleme, iç çekme ağrıdan yakınma olarak sıralanabilir. Yüzünü ekşitme, topallama, rijit ve stabil olmayan vücut duruşu, aşırı yavaş hareket etme motor ağrı davranışlarıdır. Buna karşın ilaca sık baş vurma, boyunluk ve baston yardımına ihtiyaç

duyma, sık sık sağlık kuruluşuna gitme yardım arama belirtileridir. Fonksiyonel sınırlılık ise istirahat süresinin uzaması aktivitelerin azalması ile kendini gösterir.

4.2. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, keskin, iyi lokalize edilebilen bir ağrıdır ve tanısı kolaydır. Sinir köklerinin yayılım yerinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir. Batma, zonklama ve sızlama şeklinde olmaktadır. Travma, çıkık, kırıkta ortaya çıkan ağrıyı örnek olarak gösterilebilir.

Visseral Ağrı: Visseral ağrı genellikle iç organlarda meydana gelen ağrılardır ve lokalizasyonu güç, künt ve sızlayıcıdır. Yavaş başlar, kolik ve kramp tarzındadır. Visseral ağrı uyarıları arasında organların ani gerilmesi, kimyasal iritanlar, aşırı kasılmalar ve iskemi sayılabilir. Visseral ağrı başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir, kardiyak ağrının sol kol, diyafragmatik ağrının sol omuza yansması verilebilecek örneklerdir.

Sempatik Ağrı: Damarsal kökenli ağrı olarak bilinen sempatik ağrı, sempatik sinir sistemi aktivasyonuna bağlı yanıcı tipte görülen bir ağrı çeşididir. Hastanın ağrıyan bölgesinde üşüme, soğukluk, eritem, terleme ve ciltte trofik değişiklikler görülür.

Bunlardan başka yapılan sınıflandırma da normal işlev gösteren sinirler ile patoloji sonrasında işlevleri değişen sinirler arasındaki farka göre;

- a) **Derin Ağrı:** Eklem, kas, tendon ve fasyadan kalkan uyarılar, cilttekinen benzer şekilde ince liflerle taşınır ve aynı yollarla iletilir. Genellikle zonklayıcı ve künt tiptedir. Yayılma eğilimindedirler ve iyi lokalize edilemezler. Liflerin sonlarının kimyasal ajanlarla uyarılması, kas liflerinin gerilmesi gibi mekanik etkiler sonrasında görülmektedir.
- b) **Yüzeyel Ağrı:** Deri ve mukozadan köken alan ağrıdır.
- c) **Yansıyan Ağrı:** Kişi genelde ağrıyı ona neden olan dokudan oldukça uzak ve farklı bir bölgede hissedebilir. Kardiyak ağrının sol kola, diyafragmatik ağrının sol omuza yansması örnek gösterilebilir.

4.3. Ağrının Mekanizmasına Göre Sınıflandırılması

Nosiseptif Ağrı: Deri, kas, bağ dokusu, iç organlarda yaygın olarak bulunan nosiseptör adı verilen özel ağrı algılayıcıların uyarılmasıyla meydana gelir. Vücudun bir yerinde doku hasarı meydana geldiğinde bu hasarın, nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp, ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa ileten ve serebral korteks tarafından

algılanan ağrı “nosiseptif ağrı” olarak tanımlanmaktadır. Nosiseptif ağrı, iki ayrı alt gruptan meydana gelmektedir. Deri ve yüzeysel mekanizmalardan kaynaklanan somatik ağrı, basınç hissi ya da keskin zonklayıcı şekilde oluşurken derin dokulardan gelen visseral ağrı zor lokalize edilebilen ve ciltte yansıyan ağrı şeklindedir.

Nöropatik Ağrı: Periferik sinirlerde travma veya metabolik bir hastalık sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar (disk hernisi ağrısı gibi) Normalde ağrı, oluşan doku hasarı ile ilgili olarak organizma için uyarıcı bir fonksiyona sahiptir. Somatosensoryal sistemin hasara uğraması durumunda normalde beklenen sonuç, etkilenen bölgede his kaybı ve analjezidir. Nöropatik ağrının nosiseptif ağrıdan farkı şu şekilde açıklanabilir. Sürekli bir nosiseptif uyarının bulunmamasıdır. Problemi başlatan bir malfonksiyondur ve bu durum diyabet, immün yetmezlikler, enflamatuvar süreçler, malign, travmatik ve iskemik durumlar gibi, periferik ya da santral nedenlerden de köken alabilir. Nöropatik ağrı hasardan veya oluşan hasarın şiddetinden bağımsız olarak devam edebilir. Ayrıca bu durum haftalar, aylar, yıllar içinde şiddetlenebilir. Ağrının yanlış tanımlanması, yanlış lokalize edilmesi, algılamının gecikmesi ve yayılma söz konusudur. Nöropatik ve nörojenik ağrı karıştırılmamalıdır. Nörojenik ağrı, periferik sinir yaralanması ile herhangi bir nöropati oluşturma durumu aranmaksızın ortaya çıkan ağrıdır. Nöropatik ağrı metabolik hastalıklar sonucunda meydana gelen ağrı için de kullanılır. Ağrı kendiliğinden ortaya çıkabilir. Nöropatik ağrı opioid ilaçlara ve nörolitik işlemlere nosiseptif ağrıdan daha az cevap verir. Şimşek çakar gibi nevrallilerin oluşması, diyabetik polinöropatiler ve deafferantasyon ağrısı nöropatik ağrıya verilebilecek örneklerdir.

Deafferantasyon Ağrısı: Periferik ya da merkezi sinir sistemindeki yaralanmalar sonucunda somatosensoryal uyarıların merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrıdır. Talamik ve fantom ağrılar örnek verilebilir.

Reaktif Ağrılar: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Miyofasiyal ağrılar örnek gösterilebilir.

Psikosomatik Ağrı: Anksiyete ve depresyon gibi psikişik ve psisosyal sorunların arttığı durumlarda doku hasarı varmış gibi algılama olmaktadır. Somatizasyon, hipokondriazis bu tip ağrıya örnektir.

5. AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Ağrı; acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, bir yandan da hastayı ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin

yapılmasına sevk eden, somatik reflekslere ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir. Bu nedenle ağrı tedavisi sırasında veya ağrısı olan bir hastaya yaklaşımda olduğu gibi ağrının ölçülmesinde de yalnızca duyuşal belirtilerin göz önüne alınması, motivasyonel özelliklerin önemsenmemesi soruna yetersiz yaklaşıma neden olur.

Ağrının sübjektif doğası ve karmaşık yapısı ölçme ve değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Bu nedenle tüm sağlık profesyonellerince ortak kullanılmakta olan bir ağrı değerlendirme ölçeği yoktur. Ağrı değerlendirmesinde bir diğer problem ise, ağrıyı ölçme ve değerlendirmeye başlama noktasının ne olacağıdır. Ağrının en basit değerlendirme yolu, hastaya ağrısının var olup olmadığını sormaktan geçer. Ancak her hasta ile iletişime geçmek mümkün olmadığı için, yanıt alınan hastalarda da tam ve yeterli bir ağrı değerlendirmesi yapmak mümkün olmayabilir. Ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme yapıldıktan sonra mutlaka ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisinde ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir.

Ağrının giderilmesi ve yönetimi kapsamlı bir tanılamayı gerektirir. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler kişiden kişiye değişmektedir. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı ve değerlendirmede uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir.

Ağrı değerlendirmesinde hastanın ağrı bildirimine güvenilmesi ve önemsenmesi en doğru yaklaşım olarak bilinmektedir. Fakat genel olarak ağrıya yönelik yapılan araştırmalar hastaların ağrılarını değerlendirmede hemşire ve hekimlerin hataları olduğunu göstermektedir.

Ağrı değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken durumlar;

- Değerlendirmenin amacı belirlenmeli,
- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmamalı,
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin kapsamlı ve güvenilir bilgiler elde edilmeli,
- Ağrı değerlendirilmesinde multidisipliner ekip yaklaşımını benimsenmeli, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalı,

- Değerlendirmede, bilimsel yöntemlerle geliştirilen değerlendirme araçları kullanılmalı.

6. AĞRI DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Gözlem Yöntemleri: Hastanede tedavi alan hastaların direkt olarak gözlemlenmeye ve kaydetmeye yetecek sıklıkta ağrı davranışı görülebilir. Keefe ve Block'un geliştirmiş olduğu videotayp kayıtlarına dayanan, özellikle kronik bel ağrı şikayeti yaşayan hastalarda kullanılan bazı ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Bu yöntemde hastalar oturma, ayakta durma, yürüme ve yatma gibi günlük bazı aktiviteleri yaparken 10 dakikalık bir videotayp kaydı yapılır. Daha sonra bu kayıtlar eğitilmiş gözlemciler tarafından izlenip puanlanır. Gözlemciler 20 saniye gözlem ve 10 saniyelik kayıt aralıklarını izleyerek, ilgili bölgede beş ağrı davranışını izleyerek, ilgili bölgede beş ağrı davranışının görülme ve görülme sıklığını belirler. Beş ağrı davranışı;

1. **Koruma:** Anormal derecede tutuk, kesintili veya rijit hareket,
2. **Destekleme:** Vücut ağırlığının ekstremitelerden birine yüklediği, sabit bir ağırdan kaçma duruşu,
3. **Ovalama hareketi:** İki saniye veya daha uzun süre ağırlı bölgeye dokunma, ağırlı bölgeyi tutma ve ovalama,
4. **Yüz Buruşturma:** Ağrının açık bir yüz ifadesi,
5. **Derin İç Çekme:** Açık, abartılı iç çekme.

Kişisel İzlem Yöntemleri: Hastanın davranışları ve alışkanlıkları hakkında bilgi edinmede en basit yol, kendisine, eşine veya çevresinde onu gözlemleyen kişilere soru sormaktır. Bu yöntem hastanın eşinin ya da gözlemleyen kişilerin hafızalarının çok iyi olduğunu ve her şeyi eksiksiz hatırladıklarını varsayar. Fakat bu yöntem her zaman gerçeği yansıtmaz. Çünkü kronik ağrı şikayeti olan hastalarda kullandıkları ilaçlar sorulduğunda, gerçekte kullandıkları ilaçların %50'sinin altında bilgi verdikleri saptanmıştır.

Kişisel izlem yönteminde günün belirlenmiş saatlerinde bir günce üzerine kişisel izlem yazılması istenir. Fordyce tarafından geliştirilen "Günlük Aktivite Güncesi" bu yöntem tipine gösterilebilecek en iyi örneklerden bir tanesidir. Yürüme, ayakta durma, oturma ve yatarak geçirilen süre hasta tarafından saat başı günceye kayıt edilir. Güncenin içinde ayrıca ilaç kullanımını gösteren ve ağrı şiddetini sayısal ölçek üzerinde işaretlemesini sağlayan alanları da içerir. Bu günceler sayesinde, hekim ve hemşire, yataktan kalkmama süresi ve ağrı tedavisi amacı ile kullanılan ilaçların dozlarına ilişkin bilgi ile ağrı davranışının göstergeleri hakkında bilgi sahibi olunur.

Güncelerdeki bilgilerin, hastanın dürüst ya da dürüst olmamasına bağlı olarak değişebilmesi ve bazı insanların güncelyi tam olarak doldurmamaları kişisel izlem güncelerinin sınırlamalarıdır.

Ağrı Anamnezi: Ağrı anemnezini, geçmiş tıbbi öykü, fizik ve psikolojik öykü ile aile anemnezi olarak dört bölüme ayırabiliriz. Anemnez formunun en başında mutlaka hastanın adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, adres bilgileri, telefon numarası, medeni durumu, varsa çocukları, mesleği ve eğitim durumu gibi bilgiler yer almalıdır. Bu bilgilerin doğru ve eksiksiz alınması için sorular sorulmalıdır.

Anemnez sırasında ağrının yeri, yayılımı, şiddeti, süresi, niteliği, sıklığı, seyri, artıran ve azaltan faktörler, diğer belirtiler ve daha öncesinde uygulanmış olan tedavi yöntemleri ve sonuçları öğrenilmelidir. Ağrının sıklığı, süresi ve seyri tanı konmasında ve dolayısıyla doğru tedavinin uygulanmasında çok önemlidir. Özellikle kronik ağrılarda hastalarda başlangıçta ağrının seyri ile ilgili tam bilgi vermeyebilir. Bu durumda ağrı günlüğü tutulması önerilmektedir.

Hastaya ait tıbbi öykü de ağrı tanısının konmasında önemli yer tutar. Hastanın bu amaçla var olan kardiyovasküler, renal ya da gastrointestinal hastalıkların yanı sıra geçmişte geçirdiği önemli hastalıklar, cerrahi girişimler ve hastane yatışları incelenmelidir. Buna ek olarak sürekli kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol kullanımı, alerjisinin olup olmadığı öğrenilmelidir. Bunun yanı sıra ağrının neden olduğu fizyolojik ve psikolojik nedenleri de değerlendirmek önemlidir. Özellikle akut ağrılarda oluşan nöroendokrin yanıtı saptamak kolay olurken, kronik ağrılarda özellikle tekrarlayan ağrı tanımlayan hastalarda bu tür değişiklikleri tanımlamak zordur. Kronik ağrı yaşayanlarda özellikle psikolojik öykü önemli yer tutmaktadır. Uyku ve iştah bozuklukları kronik ağrıda görülen psikolojik sorunlar arasında yer alır. Önceden hastada var olan psikolojik sorunların ağrıya neden olacağı gibi uyku ve iştah bozukluklarının sıklığı, süresi, nasıl ve ne zaman başladığı, ağrı ile olan ilişkisi incelenmelidir.

Otomatik Kayıtlar: Ağrı davranışının değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer yöntem, davranışı otomatik olarak kayıt eden elektrikli ve mekanik aygıtların kullanılmasıdır. Kronik ağrı sorunu yaşayan ağrı hastalarında kullanılmak üzere geliştirilen çeşitli monitörler vardır. Kayıt yapan bu aygıtlardan biri hastanın yatağına yerleştirilen ve hasta yataktan her kalkışında bir düğme ile aktive olan bir saattir. Bu aygıtın bir başka modifikasyonu ise, hastanın ayakta durduğu veya yürüdüğü süre, bacağına yerleştirilen bir mikro düğme aracılığı ile otomatik olarak elektronik bir hesap makinesine kaydedilebilmekte ve zaman birimi cinsinden hesaplanabilmektedir.

7. AĞRI ÖLÇÜMÜ

Ağrı ölçümleri geçerli ve güvenilir olmalıdır. Bu niteliklere sahip olmayan ölçümler kullanıma elverişli değildir. Güvenirliğin olması için bir ölçümün kendi içinde tutarlı olması gerekir. Örneğin ağrı; zamana ve koşula bağlı olarak değişkenlik gösteriyorsa, herhangi bir anda veya koşulda elde edilen tek bir ölçüm sonucunun güvenilir olduğundan söz etmek mümkün değildir. Bazı ölçümlerin ve ölçeklerin özel bir durum veya popülasyonda güvenilirliği ve geçerliliği kabul edilmiş olsa bile başka bir koşul ya da popülasyonda geçerli olmayabilir. Bu nedenle seçilecek yöntemin, seçilen popülasyon ve ölçülmesi istenen amaç için geçerliliğinin ve güvenirliliğinin yapılması gerekir. Ağrı ölçümünün kullanılacak yöntemin seçilmesinde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır;

- Ölçüm yönteminin hasta, hemşire ve hekime fazla yük getirmemesi,
- Hastanın kolayca algılayabileceği şekilde olması,
- Geniş oranlarda puanlama yapılabilmesi,
- Analjezik tedavilerin hassasiyetini gösterebilmesi,
- Uygun güvenilirlik geçerliliği sahip olması,
- Ucuz olmasına dikkat edilmelidir.

Ağrının en basit değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir.

Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; hastanın rakamlar ya da sözcüklerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini mümkün olduğunca objektif hale dönüştürmeyi amaçlar. Bu şekilde ölçek kullanımı hem hastanın hem de bakım veren hemşire ve hekimlerin arasındaki farklı yorumların ortaya çıkmasına engel olmaktadır.

Ağrı ölçümünde günümüzde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrının tipi, ölçeği kullanacak hekim ve hemşirenin ağrıya karşı tutumu ve bu konudaki bilgi ve davranışları gibi birçok faktör kullanılacak ölçeğin hangisi olacağı konusunda etkili olmaktadır. Hastalar ağrı tanılama sürecine aktif olarak katılmalıdır. Hemşire hastaya ağrı kontrolünde, özellikle ağrı bildirim ve tedavinin etkinliğini değerlendirirken verdiği bilgilerin ve rolünün çok önemli olduğunu açıklamalıdır. Ağrı tanılmasında kullanılacak ölçeğin seçiminde kurumun belirlemiş olduğu standartlarının yanı sıra

hastanın kullanım kolaylığı ve mental düzeyi de göz önüne alınmalıdır. Örneğin, kalp ve solunum hızı, arter kan basıncı gibi fizyolojik göstergeler akut ağrı değerlendirmesinde önemli veriler sağlar.

En güvenilir ağrı göstergesi hastanın kendi bildirimidir. Ne hastanın davranışları ne de yaşam bulguları bildirim yerine geçmez. Örneğin, hastanın ağlarken gülmesi bile bir savunma mekanizmasıdır. Yani hastanın ağrı bildirimini ile davranışları arasında uyumsuzluk olabilir. Örnek vermek gerekirse, hasta 0-10 sayısal ağrı ölçeğine göre sekiz olarak puanlamış olduğu ağrı tanımlamasında gülerken, iki puan bildiriminde bulunan bir hastada ise taşikardi, terleme gibi fizyolojik belirtiler görülebilir. Arada oluşan bu farkın baş etme mekanizmalarının kullanımı ile ilgili olabileceği söylenebilir.

7.1. Ağrı Ölçekleri

7.1.1. Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler, değerlendirmeyi hastanın kendisinin yaptığı, direkt ağrı şiddetini ölçmeye yönelik ölçeklerdir. Günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini belirlenmesinde kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği, yüz ifadesi ölçeği ile Budford Ağrı Termometresi sayılabilir.

7.1.1.1. Sözel Kategori Ölçeği

Bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun sözcüğü seçmesine dayanır. Bir diğer ismi Basit tanımlayıcı ölçek olarak da isimlendirilmektedir. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategoriden durumuna uygun olanı seçmesi istenir. Ağrı şiddetini tanımlamak için Melzack ve Targerson hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz kelimelerini kullanmışlardır (Şekil 1).

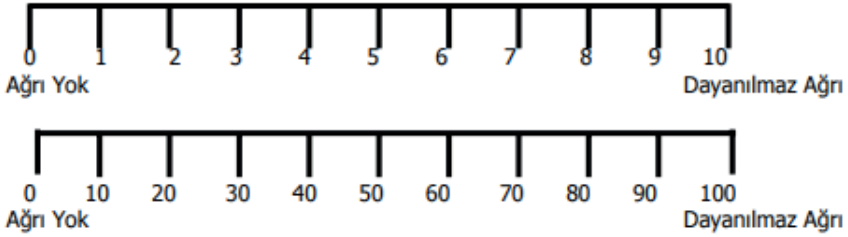
Sözel kategori ölçeğinin olumlu yönleri; uygulanması ve sınıflanmasının kolay olmasıdır. Olumsuz yönleri ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin hatırlanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listede olan kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım sınırlılıkları var olmasıdır. Buna ek olarak alan yazında kategori ölçeklerinde hastaların uç kelimelerden daha çok ortada bulunan kelimeleri kullanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Sözel kategori ölçeğinin bu sınırlamalarının yanı sıra, görsel kıyaslama ölçeğine göre orta şiddetteki ağrıyı tanımlamada duyarlılığın az olduğu da belirlenmiştir.



Şekil 1: Sözel Kategori Ölçeği (Melzack ve Katz 1992)

7.1.1.2. Sayısal Ölçekler (Sayısal Değerlendirme Skalaları)

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını sağlar. Sayısal ölçekler ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır. (Şekil 2)



Şekil 2: Sayısal Ölçekler (Black ve Matassarin 1993, Tulunay ve Tulunay 2000)

Sayısal ölçeklerin, hastalar tarafından ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için daha çok benimsendiğinin belirtilmesine karşın; bazı araştırmalarda hemşirelerin sayısal ölçeklerde hastaların ağrı bildirimlerinin yüksek olduğuna inandıklarını ve bu nedenle kullanımını sınırlı buldukları doğrultusunda düşünceler yer almaktadır.

7.1.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler (Şekil 3). GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. GKÖ'de standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda, dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir.

Görsel kıyaslama ölçeğinin avantajları; ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olmasıdır. Bunun yanında özellikle beş yaşın üzerindeki hastalar bu yöntemi kolay, anlaşılır ve uygulanabilir

olarak tanımlanmışlardır. GKÖ ile değerlendirmelerde düzenli bir dağılım gerçekleştirilir. Sözlü ağrı değerlendirmesi ile karşılaştırıldığında, tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde yeterli hassasiyete sahip olduğu ortaya konmuştur. Görsel kıyaslama ölçeğinin dezavantajlarına bakıldığında; hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılgılara neden olabilmektedir. Özellikle hastanın yorgun ya da işbirliği yapamayacak durumda olmadı GKÖ kullanımında yanılgıya neden olabilir. Ağrı değerlendirilmesinin yapıldığı zamanın seçimi de yanılgılara neden olabilir. Bu yanılgıları önlemek için ağrı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapmak uygun olur. GKÖ'nün değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda önceki ağrı şiddeti değerlerini görmek, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde etkileyici rol oynayabilir. Yaşlılarda GKÖ hattının algılanması, işaretlerle koordinasyon sağlanmasını güçlüğü nedeniyle uygulamada sorun olabilmektedir. Kronik ağrılı hastalarda GKÖ kullanımı ağrıyı tanımlamada yetersiz kalabilir.

Dayanılmaz ağrı



Ağrı yok

Şekil 3: Görsel Kıyaslama Ölçeği (Cline, Herman, Show ve ark. 1992)

Sonuç olarak GKÖ basit tanımlayıcı ölçeğe göre daha duyarlı, yaşlılarda kullanımı sınırlı fakat çocuklarda uygulanışı kolaydır.

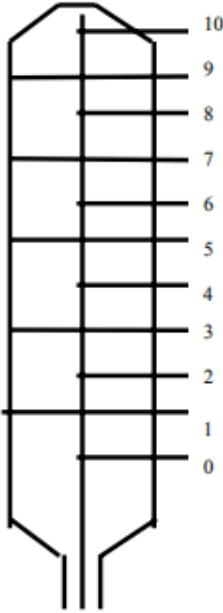
7.1.1.4. Burford Ağrı Termometresi

Burford ağrı termometresinin ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır (Şekil 4). Ancak Burford Ağrı Termometresinde analjeziklerin dozunu ayarlama hataları olabilir. Ayrıca bu ölçek ağrıyı etkileyebilen tüm faktörleri içermemektedir. Bunun yanı sıra hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir.

Burford Ağrı Termometresi

İsim:

Kullanım: Ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "x" işareti koyunuz.



Tarih					
Saat					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Analjezik: zamanı, ismi, dozu, veriliş yolu					
Ağrının yeri					
Hemşirenin yorumu					
Hastanın yorumu *					

* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

Şekil 4: Burford Ağrı Termometresi (Waterhouse 1996)

7.1.2. Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılığı ağrının kompleks doğasını yeterince ortaya çıkaramamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar ağrının değişik yöntemlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekleri tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için geliştirmişlerdir. Çok uzun zamandan beri değişik ağrıların kalitatif olarak birbirinden farkı olduğu ve hastaların bunları bazı kelimeler ile çok güzel ifade edebildiği bilinmektedir. Örneğin; hasta baş ağrısından yakınırken “zonklayıcı”, göğüs ağrısından yakınırken “ezici, sıkıştırıcı, bıçak saplanır gibi”, karın ağrısından yakınırken “burucu” gibi ifadeler kullanabilir.

Sözel tanımlayıcılar ile ağrının değerlendirilmesine ilk katkıda bulunanlardan biri Dallenbach'tır. Bu araştırmacı 1939'da çeşitli kalitelere ağrıyı belirleyen 44 tanımlayıcı kelimededen oluşan bir liste derlemiştir. Tanımlayıcı kelimeleri gruplardan ayırarak ağrının geçici, alansal, basınç oluşturucu, afektif ve kalitatif özelliklerini ortaya koymaya çalışmıştır.

Bu listeden sonra Melzack ve Targeson'un McGill Ağrı Soru Formu (MPQ)'ni oluşturmasında rehber olmuştur. 1971 yılında geliştirilen form, 1975 yılından beri yüzün üzerinde çalışmada kullanılan, ondan fazla ülkenin diline çevrilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Yazıcı, Eti-Aslan ve Olgun (1998)'un yaptığı “Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu” (MASF) oluşturulmuştur.

7.1.2.1. McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısı-sorunu, analjezik kullanıyor ise türü ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır (Şekil 5).

Birinci bölümde, hastanın ağrının yerini vücut şekli üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir. Literatürde hastaların %62-66'sının tek bir bölgede, %17'sinin iki ayrı bölgede, %9-13'ünün ise üç ayrı bölgede ağrı tanımladığı belirtilmektedir.

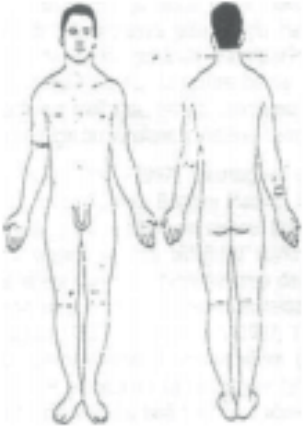
İkinci bölümde ise, 20 takım kelime grubu ağrıyı duyuşsal, algısal ve değerlendirme yönünden incelemektedir. Her grup ağrıyı farklı yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına hangi kelime uygunsu onu işaretlemesi istenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyuşsal boyutunu, sonraki 5 küme algısal

boyutunu, 16 küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son 4 küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde ağrının zamanla olan ilişkisi ele alınır. Ağrının sürekliliği, ağrının sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları yer alır. Son bölüm olan dördüncü bölümde ise, ağrının şiddeti değerlendirilir. Ağrının şiddetini belirlemeye yönelik “hafif ağrı” ile “dayanılmaz ağrı” arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir = hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almaktadır.

7.1.2.2. Dartmount Ağrı Soru Formu

Mc Gill Ağrı Ölçeği’ni tamamlayan bir ölçek olup buna ağrının kalitesinin değerlendirilmesi ilave edilmiştir. Bu özellikler; genel duygusal ölçüm, ağrının şiddeti, ağrının sıklığı, ağrının neden olduğu davranışlar değerlendirilir.

<p>MCGILL-MELZACK</p> <p>AĞRI SORU FORMU</p> <p>Hastanın Adı:.....</p> <p>Yaş:.....</p> <p>Keseye No:.....Tarih:.....</p> <p>Klinik Sorun :</p> <p>Tanı :</p> <p>Anaözetik (Şeyet verilmemiş)</p> <p>1.Tip:.....</p> <p>2.Derece:.....</p> <p>Hastanın algılamaya ölçütü: En iyi bahşini belirtilen sayıyı dâire içine alın.</p> <p>1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)</p> <p>Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup diğer bölümlerden oluşmaktadır. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti</p> <p>Şu anda bize ağrınızın nasıl hissettiğinizi çok önemseriz. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklama ile başlayınız.</p> <p>I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?</p> <p>Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınız nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise D harfi, yüzyeide ise Y harfini işaretlediğinizin yerini yan tarafına yazınız. Şeyet hem derinde hem de yüzyeide ise DY harflerini yazınız.</p> 		<p>II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ</p> <p>Aşağıdaki kelimelerin başları şu andaki ağrınıza tanımlanmaktadır. Sadece ağrınıza en iyi tanımlayan kelimeleri dâire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>11</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Pr pr eden</td> <td>Çekilirci</td> <td>Yorucu</td> <td>Yayılan</td> </tr> <tr> <td>Titreyen</td> <td>Sürtükleyici</td> <td>Tükenici</td> <td>Dağılan</td> </tr> <tr> <td>Çarpın</td> <td>Barkutucu</td> <td>12</td> <td>İçerileyen</td> </tr> <tr> <td>Zorıklayan</td> <td>7</td> <td>Tikindirici</td> <td>Delin</td> </tr> <tr> <td>Vuran</td> <td>Soaklık veren</td> <td>Boğucu</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Döven</td> <td>Yakıyor gibi</td> <td>13</td> <td>Sıkıntı verici</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Haşlanıyor gibi</td> <td>Korku veren</td> <td>Uyuklatıcı</td> </tr> <tr> <td>Sıçrayan</td> <td>Değlayıcı</td> <td>Korkunç</td> <td>Hissizleşen</td> </tr> <tr> <td>Yarıyan</td> <td>8</td> <td>Değyetli</td> <td>Sürtükleyici</td> </tr> <tr> <td>Parlayan</td> <td>Soluyor gibi</td> <td>14</td> <td>Sıkıntı</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kaynık</td> <td>Cezalandırıcı</td> <td>Yırtıcı</td> </tr> <tr> <td>Diken diken</td> <td>Acııcı</td> <td>Bitap düşürücü</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Oyuluyor gibi</td> <td>İğne batır gibi</td> <td>Dayanılmaz</td> <td>Ürperten</td> </tr> <tr> <td>Deliyorlar gibi</td> <td>9</td> <td>Şiddetli</td> <td>Üşüten</td> </tr> <tr> <td>Şiş saplanır gibi</td> <td>Künt</td> <td>Öldürücü</td> <td>Donduran</td> </tr> <tr> <td>Şimşek çıkar gibi</td> <td>Çıldırın</td> <td>15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Yaralayıcı</td> <td>Bıçarı eden</td> <td>Sürekli</td> </tr> <tr> <td>Çok keskin</td> <td>Solayan</td> <td>Kır eden</td> <td>Rahatsız eden</td> </tr> <tr> <td>Kesiliyor gibi</td> <td>Yoğun</td> <td>16</td> <td>Bulanık veren</td> </tr> <tr> <td>Yırtıcı gibi</td> <td>10</td> <td>Uandıran</td> <td>İzlenim veren</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Hassas</td> <td>Sıkıntı</td> <td>Berbat</td> </tr> <tr> <td>Kemirici sancı</td> <td>Gergin</td> <td>Perişan eden</td> <td>İşkence eder</td> </tr> <tr> <td>Kesile tarzda</td> <td>Töpküleyen</td> <td>Yoğun</td> <td>tarzda</td> </tr> <tr> <td>Eziliyor gibi</td> <td>Keskin</td> <td>Dayanılmaz</td> <td></td> </tr> </table> <p>III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ</p> <p>1. Ağrınız tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Devamlı</td> <td>Ritmik</td> <td>Genel</td> </tr> <tr> <td>Kararlı</td> <td>Periyodik</td> <td>Anlık</td> </tr> <tr> <td>Sabit</td> <td>Anlık</td> <td>Geçici</td> </tr> </table> <p>2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?</p> <p>3. Neler ağrınızı artırıyor?</p> <p>IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ</p> <p>V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirtilen baş kelimeye birleştirir. Bunlar</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hafif</td> <td>Rahatsız edici</td> <td>Şiddetli</td> <td>Çok şiddetli</td> <td>Dayanılmaz</td> </tr> </table> <p>Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.</p> <p>1. Şu andaki ağrınızın hangi kelime tanımlar?</p> <p>2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?</p> <p>3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?</p> <p>4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü diğer ağrınıza hangi kelime tanımlar?</p> <p>5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrınıza hangi kelime tanımlar?</p> <p>6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü kram ağrınıza hangi kelime tanımlar?</p>		1	6	11	17	Pr pr eden	Çekilirci	Yorucu	Yayılan	Titreyen	Sürtükleyici	Tükenici	Dağılan	Çarpın	Barkutucu	12	İçerileyen	Zorıklayan	7	Tikindirici	Delin	Vuran	Soaklık veren	Boğucu	18	Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici	2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuklatıcı	Sıçrayan	Değlayıcı	Korkunç	Hissizleşen	Yarıyan	8	Değyetli	Sürtükleyici	Parlayan	Soluyor gibi	14	Sıkıntı	3	Kaynık	Cezalandırıcı	Yırtıcı	Diken diken	Acııcı	Bitap düşürücü	19	Oyuluyor gibi	İğne batır gibi	Dayanılmaz	Ürperten	Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten	Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran	Şimşek çıkar gibi	Çıldırın	15	20	4	Yaralayıcı	Bıçarı eden	Sürekli	Çok keskin	Solayan	Kır eden	Rahatsız eden	Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanık veren	Yırtıcı gibi	10	Uandıran	İzlenim veren	5	Hassas	Sıkıntı	Berbat	Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder	Kesile tarzda	Töpküleyen	Yoğun	tarzda	Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz		1	2	3	Devamlı	Ritmik	Genel	Kararlı	Periyodik	Anlık	Sabit	Anlık	Geçici	1	2	3	4	5	Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz
1	6	11	17																																																																																																																										
Pr pr eden	Çekilirci	Yorucu	Yayılan																																																																																																																										
Titreyen	Sürtükleyici	Tükenici	Dağılan																																																																																																																										
Çarpın	Barkutucu	12	İçerileyen																																																																																																																										
Zorıklayan	7	Tikindirici	Delin																																																																																																																										
Vuran	Soaklık veren	Boğucu	18																																																																																																																										
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici																																																																																																																										
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuklatıcı																																																																																																																										
Sıçrayan	Değlayıcı	Korkunç	Hissizleşen																																																																																																																										
Yarıyan	8	Değyetli	Sürtükleyici																																																																																																																										
Parlayan	Soluyor gibi	14	Sıkıntı																																																																																																																										
3	Kaynık	Cezalandırıcı	Yırtıcı																																																																																																																										
Diken diken	Acııcı	Bitap düşürücü	19																																																																																																																										
Oyuluyor gibi	İğne batır gibi	Dayanılmaz	Ürperten																																																																																																																										
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten																																																																																																																										
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran																																																																																																																										
Şimşek çıkar gibi	Çıldırın	15	20																																																																																																																										
4	Yaralayıcı	Bıçarı eden	Sürekli																																																																																																																										
Çok keskin	Solayan	Kır eden	Rahatsız eden																																																																																																																										
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanık veren																																																																																																																										
Yırtıcı gibi	10	Uandıran	İzlenim veren																																																																																																																										
5	Hassas	Sıkıntı	Berbat																																																																																																																										
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder																																																																																																																										
Kesile tarzda	Töpküleyen	Yoğun	tarzda																																																																																																																										
Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz																																																																																																																											
1	2	3																																																																																																																											
Devamlı	Ritmik	Genel																																																																																																																											
Kararlı	Periyodik	Anlık																																																																																																																											
Sabit	Anlık	Geçici																																																																																																																											
1	2	3	4	5																																																																																																																									
Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz																																																																																																																									

Şekil 5: Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu (Melzack ve Katz 1992)

7.1.2.3. West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi

Mc Gill Ağrı Ölçeği'ne alternatif yöntemlerden biridir. Mc Gill Ağrı Ölçeği'nden daha kısa, daha klasik ve psikometrik özelliği olan bu envanterde 52 maddelik üç bölüm vardır. Bunlar;

1. Ağrı ve ızdırabın, normal aile ve iş fonksiyonları ve sosyal destek ile etkileşimini değerlendiren beş genel boyut,
2. Hastaların, diğerlerinin ağrı ve ızdırabı ortaya koymak için sergiledikleri reaksiyonları algılamaları,
3. Günlük işlerle meşgul olmalarının sıklığıdır.

Bu envanter bilişsel davranış teorisi ile bağlantılıdır. Ağrı problemlerinin sosyal fonksiyonlar üzerindeki etkilerini değerlendirir. West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri kronik ağrı problemlerinin boyutlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.

7.1.2.4. Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı

VAS'ın biraz daha detaylısı olarak kabul edilir. Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı; ağrı, ağrı giderilmesi, ruh hali ve ağrı şiddetinin hızla değerlendirilmesine yardımcı olabilmektedir.

7.1.2.5. Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi

Kanser hastalarında ve artrit hastalarında uygulamak üzere Daut ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından 5-15 dakikada, kolayca tamamlanabilmektedir. "Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi" hastanın son 24 saatteki var olan ağrı şiddetini; şu andaki ağrı, en kötü olduğu zamanki ağrı ve ortalama ağrı olarak skorlaması istenir. Ağrının lokalizasyonu ve özellikleri kaydedilir. "e) Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi" nde hastaya aynı zamanda ağrının günlük yaşamda genel aktiviteler, yürüme, normal iş, diğer insanlarla ilişki, ruh hali, uyku ve yaşamdan keyif almayı nasıl etkilediği skorlaması istenir.

8. AĞRININ KONTROLÜ

8.1. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrı tedavisinde kullanılacak pek çok çeşit farmakolojik ajan bulunmakla birlikte, ağrının kişiden kişiye farklı etki etmesi ve farklı nedenlerle ortaya çıkması nedeniyle farmakolojik yaklaşım çeşitlilik göstermektedir. Analjeziklerin etkinliğinin çoğaltılması, hastanın fiziki özelliklerine ve ağrının türüne göre uygun analjezik seçimi ile mümkün olmaktadır. Ağrı kontrol altına alınmasında kullanılan farmakolojik ajanlar arasında, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), opioidler, adjuvan analjezikler, lokal anestezipler, ve parasetamol sayılabilir. Uygulama biçimlerine göre postoperatif analjezide kullanılan yöntemler ise; intravenöz yol, hasta kontrollü analjezi, intramüsküler yol, subkutan yol, oral yol, transdermal yol

ve dermal yol kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak da infiltrasyon analjezisi, sinirlere uygulanan bloklar, hasta kontrollü (HKA) analjezi yapılmaktadır.

8.1.1. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ)

NSAİİ'ler göstermiş oldukları antipiretik, antiinflamatuvar ve analjezik etkileri ile bu grup ilaçların büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Özellikle bu gruptaki ilaçların inflamasyonla oluşan ağrının giderilmesinde etkili oldukları bilinmektedir. Sıklıkla kas-iskelet sistemi ağrılarında, hafif ve orta şiddette meydana gelen akut ağrı (baş ağrısı, diş ağrısı), üreter koliki, kanser ağrısı, artritler, gut, dismenore, postoperatif dönemde hafif ya da orta şiddette ağrının tedavisinde yanında ek bir ilaç kombinasyonu olmaksızın ya da narkotiklerle beraber kullanılabilir.

Analjezik etkileri narkotik analjeziklere oranlara oldukça düşüktür. Antiinflamatuvar etkinlikleri de glukokortikoidlere göre düşüktür. Doz kolaylığı, tolerans, fiziksel ve psikolojik bağımlılık ve solunuma yönelik gibi yan etkilerinin olmaması ve ekonomik uygunluğu nedeniyle en yaygın kullanılan analjezik grubudur. Özellikle DSÖ'nün kanser ağrısında ilk basamaktan itibaren kullanımını önerdiği ilaçlardır. Ancak bu ilaçları kullanırken oluşabilecek yan etkileri de göz ardı edilmemelidir. Yan etkileri görülmesini azaltmak adına öncelikle hastanın iyi bir anemnezinin alınmalı ve kullandığı ilaçlarla ilgili detaylı bilgiye sahip olunmalıdır. Bu gruptaki bütün ilaçların ağrı giderme derecesi bireysel farklılıklar gösterebilir. Aynı patolojiye sahip iki hastada birbirinden farklı olarak birinde daha etkili olmaktadır. Bunun nedeninin, ilaçların emilim ve metabolizmasında ya da inflamatuvar yanıtındaki genetik farklılıklarla açıklanabileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle başlangıçta ilaca olan yanıtı ve hastanın toleransını görebilmek için düşük dozlarla başlanıp giderek doz artırılmalıdır. Bu ilaç grubu tavan etkiye sahip olduklarından tedavi edici dozun üzerine çıkılmamalıdır. Birden fazla NSAİİ ilacın birlikte kullanımının da etkinliği arttırmak yerine toksisitede artışa yol açacağı unutulmamalıdır. Kullanımının uzun süreli olduğu ya da yüksek doz kullanımının olduğu durumlarda ise mutlaka aralıklı olarak kan biyokimyası ve dışkıda gizli kan testlerinin düzenli olarak kontrolü sağlanmalıdır.

8.1.2. Opioidler

Haşhaş bitkisinden elde edilen morfin ve morfinin sentetik, yarı sentetik türevleri bu grupta yer alan ilaçlardır. Klinik kullanımındaki en güçlü analjezikler olmaları nedeni ile ağrı tedavisinde yer alan önemli ilaçlardır. Dünya Sağlık Örgütü Kanser Ağrısı Programı'nın önerdiği "Analjezik Basamak Tedavisi" nin ikinci ve üçüncü basamağını bu grup ilaçlar oluşturmaktadır. Antipiretik ve antiinflamatuvar etkileri yoktur. Güçlü analjezik etki ile beraber santral

sinir sistemi (SSS) üstünde oldukça yoğun depresif etki yaparlar. Opioidlerin birçok değişik yoldan kullanımı mevcuttur. Bunlar; oral, intramüsküler, subkutan, sublingual, rektal, transdermal, intraspinal, intraepidural, intraventriküler ve intranasaldır. Kendi içinde kuvvetli opioidler (Morfin, hidromorfin, metadon, levorfanol, meperidin) ve zayıf opioidler (Proposifen, kodein, oksikodon, hidroksidon) şeklinde sınıflandırılır.

Opioidler en güçlü analjezikler olmalarına karşın kullanımının vücudun birçok sistemi üzerine istenmeyen yan etkileri vardır. Özellikle opioid kullanımının en çok korkulan ve tedavinin kısıtlanmasına neden olan yan etki solunum depresyonudur. Bunun yanı sıra vücudun sistemleri üzerine olan etkilerini kısaca açıklamak gerekirse; santral sinir sisteminde; solunum depresyonu, sedasyon, solunum hızının azalması, öksürük refleksinin baskılanması, kardiyovasküler sistemde periferik vazodilatasyon ve ortostatik hipotansiyon, kalp hızının artması veya arteriyel kan basıncında bradikardi, gastrointestinal sistem motilitesinin azalması, konstipasyon, bulantı, kusma, idrar retansiyonu, diğer sistemler üzerine ise; deride yanma, terleme, kaşıntı, kızarıklık, yüzde ve ağız çevresinde kaşıntı gibi yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

8.1.3. Adjuvan Analjezikler

Adjuvan analjezikler, sekonder analjezikler, yardımcı analjezikler, endikasyon dışı ilaçlar veya ko-analjezikler gibi farklı isimleri olan, asıl endikasyonu ağrı tedavisi için değil, başka hastalıkların tedavisinde kullanılan, farklı etki mekanizmalara sahip ilaç gruplarıdır. Kullanılan bu ilaçların bazıları doğrudan analjezik etki ederken, bazıları ise beraber kullanıldıklarında diğer analjezik ilaçların etkinliğini arttırmaktadır. Adjuvan analjezikler, özellikle DSÖ'nün önerdiği analjezik tedavisinin uygulanmasında kullanılan basamak tedavisinin her aşamasında yer almaktadır. Bu ilaçların dozu, hangi ilacın verileceği, ağrının tipine, nedenine göre her hastanın klinik özelliklerine göre bireysel planlanmalıdır. Kullanılan başlıca adjuvan ilaçlar; antidepresanlar, antikonvülsanlar, lokal anesteziyel ilaçlar, nöroleptikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler, psikostimülanlar, kortikosteroidler, kalsiyum kanal blokerleri, biofosfanatlar, NMDA reseptör antagonistleri, kapsaisin ve lokal anesteziyel ajanlar yapılan topikal ilaçlar adjuvan tedavide kullanılmaktadır.

8.1.4. Lokal Anesteziyel İlaçlar

Lokal anesteziyel ilaçlar, vücudun bir bölümünde geri dönüşlü bir his kaybı oluşturur. Lokal anesteziyel ilaçlar, genel anestezi ile birlikte ve / veya postoperatif analjezi sağlamak için anestezinin tek şekli olarak kullanılabilir. Lokal anesteziyel ilaçlar deriye veya mukoz membrana lokal olarak sürülebilir veya

enjekte edilebilir. Sinir sistemini geçici olarak inhibe ederek duyunun kaybını sağlarlar. Bulantı, kusma, tremor, sersemlik, huzursuzluk, öfori ve uyuşukluk dışında, karaciğer toksitesi, diğer önemli yan etkileridir.

8.1.5. Parasetamol

Parasetamol (asetaminofen), dünyadaki en popüler ve en yaygın kullanılan analjezik ve antipiretik ilaçlardan biridir. Bronşiyal astım, peptik ülser hastalığı, hemofili ve salisilat sensitizasyon gibi NSAID'lerle tedavi edilemeyen 12 yaşın altındaki çocuklar, hamile veya emziren kadın hastalarda tercih edilen bir ilaçtır. Artrit ağrısı, baş ağrısı, ağız cerrahisine bağlı ağrı, epizyotomi ağrısı, ortopedik cerrahi ağrısı, menstruasyon ağrısı, kas ağrısı, kanser ağrısı ve osteoartrit gibi birçok ağrı durumunda etkili olduğunu göstermektedir. Yaşlı hastaların hafif ve orta dereceli kronik kas iskelet ağrılarında Amerikan Geriatri Derneği'nin klinik uygulama klavuzunda önerdiği ilaçtır. Diğer NSAID'lerin aksine, parasetamol solunum sistemini uyarır veya asit-baz dengesini etkilemez ayrıca hücrel metabolizmayı arttırmaz. Kardiyovasküler sistem (CVS) üzerinde etkisi yoktur. Mideye olan tahrişi önemsiz bir mukozal erozyondan ibarettir ve kanama nadiren görülür. Trombosit fonksiyonunu veya pıhtılaşma faktörlerini etkilemez. Parasetamol toksisitesinden etkilenen başlıca organ karaciğerdir. Toksikite gelişen hastalarda, bulantı ve kusma, batında ağrı ve hassasiyet, oligüri, renal yetmezlik, sırt ağrısı, hepatik yetmezlik görülür.

8.2. Ağrının Nonfarmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrı kesici ilaçlara rağmen ağrı olan ya da etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, ilaçların etkisini arttırmak için nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler aynı zamanda invaziv girişim gerek duyulmayan (noninvaziv), ilaç dışı, tamamlayıcı ve alternatif yöntemler olarak çeşitli kavramlarda kullanılmaktadır. Bu yöntemde birey aktif rol oynar. Bu yöntemlerin kullanılmasının amacı farmakolojik yöntemlerin kullanılmasının azaltılması, hastanın ağrı yakınmasının ortadan kaldırarak yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu yöntemler ilaç girişimlerinin yerini almak için değil, bunlara yardımcı olmak etkinliğini arttırmak için uygulanmaktadır. Bireyin kendisi tarafından rahatlıkla uygulanabilir olması, farmakolojik ajanların ortaya çıkarttığı yan etkilerinin olmaması, maliyetli olmaması gibi avantajları bulunmaktadır. Uygulamada kullanılan birçok ilaç dışı ağrı geçirme yöntemi vardır. Bunlar; periferik teknikler ve bilişsel-davranışsal olmak üzere iki grupta incelenebilir.

8.2.1. Periferel Teknikler

Analjezi oluşturan deri stimölasyonu; ağrıyı gidermek amacıyla hastanın derisinin zararsız olarak uyarılması şeklinde tanımlanmaktadır. Uygulamadaki örneklere; deri stimölasyon girişimleri, soğuk uygulama, sıcak uygulama, mentol uygulama, transkütan elektriksel sinir stimölasyonu, vibrasyon, masaj ve terapötik dokunmadır. En önemli olumlu yanı hemşireler tarafından kolaylıkla uygulanabilmesi ve aynı zamanda hasta veya ailelere kolayca öğretilmesidir. Uygun ve doğru olarak kullanıldığında hastada inflamasyon, ödem, kas spazmı, ilerleyen doku hasarı, fonksiyon kaybı gibi sekonder patolojiler üzerinde etkilidir.

8.1.1.1. Transkütanöz Elektriksel Sinir Uyarısı (TENS)

Transkütanöz Elektriksel Sinir Uyarımı ağrıların ilaç dışı tedavilerinde uygulanan bir yöntemdir. Akut ve kronik ağrılarda çok geniş bir kullanım alanı vardır. TENS; baş ağrısı, kronik ağrı, herpes sonrası nevralsi, migren, osteoartrit, siyatik, romatoid artrit ve ameliyat sonrası ağrıda kullanılmaktadır. Elle tutulabilir pilli güc jeneratöründen düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlarla deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. Elektrikle yapay olarak, kalın ve hızla ileten lifler uyarılarak ağrı iletimi durdurulmaya ya da azaltılmaya çalışılmaktadır. TENS cihazlarının en önemli ilkesi, cihazın üreteceği akım şiddetinin deride hasar meydana getirmeden hedef siniri kontrollü olarak ekşite etmesidir. Deri hasarını azaltmak için elektrot jeli kullanılır. Elektrotlar ağrıların hissedildiği alanların yakınlarında yerleştirilir. Uyarılar beyine giden ağrı sinyallerini bastırırlar. Hastalar evlerinde 20-30 dakikalık süreçlerle uyarı yaparak kendi ağrılarını kontrol altında tutabilirler.

8.1.1.2. Soğuk Uygulama

Soğuk uygulama, vücudun herhangi bir bölgesinin üstüne soğukluk veren bir ajanın ya da aracın uygulanmasıdır. Lokal soğuk uygulamalar, inflamasyon sürecini kontrol altına almak, ağrıyı kontrol altına almak ve ödemi azaltmak için kullanılmaktadır. Soğuk uygulama yapıldığı bölgedeki damarlarda vazokonstriksiyon oluşturur. Soğuk, kas ısısını azalttığında ısı reseptörlerinin yardımıyla kas iğciklerinin gerilme hassasiyetinde azalma olur ya da kaslardaki tetik noktaları inaktive meydana getirerek kas spazmını azaltır. Soğuk uygulama özellikle travma sonrasında ağrı, şişme ve kas spazmında faydalıdır. Ağrılı alana genellikle soğuk paketler veya buz paketleri koyulur. Doku hasarını önlemek amacıyla paketlerin bir örtüye sarılarak uygulanması gerekmektedir. Donma gerçekteşmemesi için 15 dakika uygulama yapılmalıdır.

8.1.1.3. Sıcak Uygulama

Sıcak uygulama vücudun herhangi bir bölgesinin üzerine sıcaklık (ısı) veren bir ajanın veya aracın uygulanmasıdır. Yaklaşık 40-45°C'lik bir ısının deriye temas ettirilmesiyle uygulama yapılmaktadır. Yüzeysel ya da derin uygulama yapılabilir. Yüzeysel uygulamalar sıcak kompresler, ılık banyo ve parafin uygulamasını içerir. Ultrason gibi derin uygulamalar, üç beş santimetre derinlikteki dokuların sıcaklığını arttırabilir. Düz kasları gevşeterek sindirim sistemi krampları, böbrek, safra kesesi ağrılarını azaltmaktadır. Özellikle travmalardan sonra şişmeyi ve kanamayı arttırdığı için önerilmemektedir. Dolaşımı yeterli olmayan kişilerde sıcak uygulama yapmaktan kaçınılmalıdır. Sıcak uygulama, 20-30 dakika içinde vazodilatasyon oluşturur. Bu süreden sonra dokularda konjesyon ve vazokonstriksiyon oluşmaya başlar. Bu nedenle uygulanan ısıya bağlı doku hasarı oluşmasını önlemek adına günde 3-4 kez yarım saatle sınırlandırılmalıdır. Doku hasarı meydana getirmesini önlemek adına kullanılan aracın örtüye sarılarak uygulanması gerekmektedir.

8.2.1.4. Deriye Mentol Uygulama

Mentol içeren ajanın lokal şekilde deriye uygulanması, deride sıcaklık ve serinlik duygusu yaratarak eksternal analjezi sağlamaktadır. Eksternal analjezinin amacı; derinin ısısını değiştirmeden sıcaklık ya da serinlik gibi bir duygu oluşturmaktır. Mentol ürünleri jel veya losyon olarak kullanılabilir. Genellikle kullanım alanları arasında, artritler, kas, eklem ve tendon ağrıları, bel ve boyun ağrıları, baş ağrılarında, spor yaralanmalarında, gaz ağrısında, menstruel ağrı gibi değişik kaynaklı ağrılarda kullanılabilir. Açık yaralanmalarda ya da deri yüzeyinde meydana gelen irritasyonlarda uygulanmamaktadır.

8.2.1.5. Vibrasyon

Elektrik masajı ile yapılan bir tür non farmakolojik ağrı kontrol yöntemidir. Kişiye göre hemen ya da birkaç dakika içinde etkisinin gösterir. Ele uygulanan vibrasyon ile orta şiddette uygulanan basınçla parestezi, hissizlik ve uygulandığı alanda anestezi etkisi yaratarak ağrıyı azaltır ya da giderir. Bu yöntem genellikle akut ve kronik kas spazmı veya ağrılarında, baş ağrılarında, fantom ağrılarında, nöropatik ağrılarda, kronik nonmalign ağrı durumlarında, romatoid artrit ve akut tendonitte uygulanabilir.

8.2.1.6. Masaj

Tarih boyunca tüm kültürlerde farklı şekillerde geniş bir semptom yelpazesini hafifletmek için, sağlık ve iyiliği arttırmak amaçlı vücudun yumuşak

dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan bir işlemdir. Masajla deride bulunan dokunma reseptörleri uyarılarak, nörolojik ağrı kapısı noktalarının yakınından geçebilen geniş miyelinli liflerle taşınmaktadır. Buradaki kapı kontrol teorisine göre “ağrı kapısını kapat” masajı gönderilir ve böylece ağrının algılanması azalmaktadır. Efloraj, petrisaj, friksiyon, perküsyon ve vibrasyon olarak sınıflandırılan temel masaj hareketleri bugüne kadar geliştirilerek gelmiştir. Masaj losyon, pudra ya da yağ kullanılarak uygulanır. Masaj genellikle farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılmaktadır.

8.2.1.7. Terapötik Dokunma

Terapötik (tedavi edici) dokunma (Healing Touch) tedavi eden kişinin iyileştirici etkisini hastaya aktardığı yöntemdir. Bu yöntem vücudun enerji noktalarına dokunarak uygulanır. Böylece kişide rahatlama oluşturarak ağrının algılanması azalır. Terapötik dokunma sadece bu konuda eğitimi olan kişiler tarafından yapılmalıdır.

8.2.2. Bilişsel-Davranışsal Teknikler

Ağrının bilişsel yöntemlerle azaltılmasında, ağrıya yönelik düşüncelerin tanımlanması ve yerine daha uygun düşüncelerle değiştirilmesi şeklinde bir uygulama varken; davranışsal yöntemlerde ise hastanın ağrı davranışını ve yaşantısını hangi davranışlar arttırıyorsa onların değiştirilmesi düşüncesi yatar. Bilişsel yöntemde amaç hastanın ağrıyı algılaması ve cevabın değiştirilmesi iken, davranışsal yöntemde amaç ise hastanın fonksiyonel işlev düzeyini yükseltmek, olumsuz davranışları azaltmak ve kullanılan ağrı kesici ilacın ilk başta azaltılıp sonra tümüyle hastanın bırakmasını sağlamaktadır. Bilişsel davranışsal yöntemler genellikle ağrı ekibinin tüm üyeleri tarafından uygulanabilir Ağrıyı kontrol almada kullanılan bilişsel davranışsal teknikler; dikkati başka yöne çekme, gevşeme teknikleri ve hipnozdur.

8.2.2.1. Dikkati Başka Yöne Çekme

Ağrıyı tümüyle yok etmeden daha dayanılır hale getiren, dikkatin ağrı dışındaki başka bir uyarana odaklanması ile yapılan uygulamadır. Bu yöntemin kullanılmasının amacı, ağrıya toleransı arttırmak ve ağrıya duyarlılığı azaltmaktır. Dikkati başka yöne çekmek amaçlı en sık kullanılan yöntem solunum egzersizidir. Bu yöntemde hasta soluk alıp vermeye yoğunlaşması için yönlendirilir. Hastanın bu süreçte dikkatli takip edilmesi, çok hızlı ve çok derin solunması için bilgilendirmesi yapılmalı ve gözlenmelidir. Saniyede bir soluktan fazla olmamalıdır. Soluk verme pasif olmalı, zorlanmamalıdır. Genellikle tercih edilen bu yöntem yorucu olduğu için iki saatten az kullanılmalıdır. Dikkati başka yöne çekmek için kullanılan yöntemler ritmik

solunum, düşünme, müzik dinleme, şarkı söyleme, konuşma, okuma, oyun oynama, televizyon izleme, sayı sayma gibi çeşitli yollarla yapılmaktadır. Tüm bu yöntemlere ek olarak mizahın da oldukça etkili bir yöntem olup vücudun doğal endorfin salgısını artırdığı gösterilmiştir.

8.2.2.2. Gevşeme Teknikleri

Genellikle kademeli olarak kasları germe ve gevşetme yöntemleri ile yapılan, anksiyete ve kas gerginliğinin göreceli olarak giderilmesi şeklinde uygulanan ağrıyı gidermede kullanılan bilişsel-davranışsal tekniklerden bir tanesidir. Gevşeme tekniklerinin birçok olumlu etkileri vardır. Bunlar; dikkati ağrıdan uzaklaştırma stresin ve anksiyetenin azaltılması, iskelet kaslarındaki gerginlik ve kontraksiyonlarının azaltılması, yorgunlukla mücadele ve uyumayı kolaylaştırır. Progresif kas gevşemesinde aşağıdaki adımlar uygulanır:

- ✓ Birkaç kez yavaş ve derin nefes alınarak uygulamaya başlanır.
- ✓ Baştan ayağa yaklaşımı kullanılarak vücut kasları 5'e kadar sayılarak gerilir ve gevşetilir.
- ✓ Yavaş yavaş nefes alırken, baştan başlayarak boyun, omuzlar ve aşağıya doğru devam edilir.

Hemşire gevşeme tekniklerinin kullanımı için teknikler konusunda bilgi sahibi olmalı, hastanın kullanılan tekniklerden yarar sağlayıp sağlamayacağına karar verebilmek için hastanın ağrısını değerlendirmelidir. Gevşeme tekniklerini uygulamaya geçmeden önce hastanın ağrısının analjeziklerle kontrol altına alınmış olması gerekir. Çünkü ağrısı olan hastanın öğrenmeye istekli olmayacağı için çaba ve zaman harcamaya da motive olmayabilir.

8.2.2.3. Hipnoz

Kullanılmaya on dokuzuncu yüzyılın ilk yarısında ameliyatlarda analjeziyi sağlamak için başlanan hipnoz, ağrının kontrolünde kullanılan en sık yöntemlerden biridir. Hipnoz, değişen duygu, psikolojik durum ve minimal motor fonksiyonu içeren, dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını sağlayan kompleks bir yöntemdir. Ağrı kontrolünde kullanılan bu yöntem ağrıyı tamamen ortadan kaldırmaz. Hastanın ağrı algılamasında farklılık olur yani hasta ağrıyı hisseder ama acı duymaz.

9. HASTADA AĞRIYA YÖNELİK HEMŞİRELİK SÜRECİNİN KULLANILMASI

Ağrı, karmaşıklığı ve çok boyutlu bir fenomene sahip küresel bir sorundur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'ne (IASP) göre, ağrının en yeni tanımı duyuşsal, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenlerle gerçek veya potansiyel doku hasarına bağılı üzücü bir deneyimdir. İnsanların hastaneye başvurmada görülen en sık nedenlerden birisi ağrı semptomları nedeniyle tıbbi yardım istemeleridir. Küresel bir yük olarak, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönler gibi yaşamın tüm yönlerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Ağrı konusu önemli hale geldikçe, Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyonu Hakkında Ortak Komisyon (JCAHO), ağrıyı rutin olarak izlenecek beşinci hayati işaret olarak onaylamıştır.

Ağrı çok boyutlu bir sendrom olduğu için birçok disiplini ilgilendirir. Ağrı yönetimini sağlamak için doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve psikologlar için ekip çalışması gereklidir. Diğer sağlık profesyonelleri, bir kişinin ağrılarının değerlendirilmesinde ve yönetiminde doğrudan veya dolaylı olarak yer alsalar da, hemşireler sağlık hizmeti alan kişilerle en çok teması geçen sağlık disiplini üyesidir. Bu katılım, hemşireleri ağrı tanılması için benzersiz bir pozisyona yerleştirir ve kişinin ağrı tecrübesinin kapsamlı değerlendirmesi ile ilerlemeye devam eder. Ağrı kontrolünde hemşireleri diğer ekip üyelerinden farklı kılan ve ayıran temel noktalar; hemşirenin hasta ile geçirdiği vaktin diğer ekip üyelerinden daha uzun süre olması ve bu nedenle hastanın daha önceden yaşamış olduğu ağrı deneyimleri ve bununla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerek duyduğu zamanda bunlardan yararlanması, öğrenmiş olduğu ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, gerektiğinde ona rehberlik etmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşım sağlamasıdır. Ağrı kontrolünün birincil kaygısı olarak hasta / aile memnuniyetini sağlamak için ağrı değerlendirmesi ve yönetimi kavramının tam olarak ele alınması gerekmektedir.

9.1.Tanımlama

Ağrı, hastaların tıbbi bakım alması gereken medikal nedenlerden biridir. Ölüm oranı kalp enfarktüsü ve inmeye göre en yüksek olmasına rağmen, bulaşıcı hastalıklar, kanserler ve diyabet ağrıları insanda acı ve sakatlığın önde gelen kaynakları arasında yer almaktadır. Herhangi bir nedenle meydana gelen ağrının tanılmasını yaparken hastanın, ailesinin veya bakıcılarının ağrıya yönelik varsayımlarını almak yerine hemşirenin doğrudan ağrı hakkında hastaya ve yakınlarına soru sorması önemlidir. Ağrı sübjektiftir ve

insanlar yaşadıkları rahatsızlığı tanımlamakta zorlanabilirler. Bu nedenle sık sık ağrılarını ifade etmek için başka terimler kullanabilirler.

Herhangi bir ağrının varlığına veya riskine karşı tarama yaparken daha kapsamlı ve sistematik bir yaklaşımla sorgulanması gereken konular aşağıdaki gibidir;

- ✓ önceki ağrı öyküsü
- ✓ ağrının duyuşal özellikleri (şiddeti, kalitesi, zamansal özellikleri, yeri ve ağrının daha iyi veya daha kötü olmasına neden olan faktörler)
- ✓ ağrının günlük aktiviteler üzerindeki etkisi (çalışma yeteneği, uyku, zevk alma durumu)
- ✓ ağrının kendine veya başkalarına psikososyal etkileri (depresyon, finansal vb.) ve
- ✓ geçmişte kullanılan ve ağrıyı etkili bir şekilde tedavi ettiği tespit edilen önceki müdahaleler

Ağrı çok boyutlu, sübjektif bir fenomendir. Bu nedenle eğer kişi iletişim kurabiliyorsa insanın ağrısını kendi kendine bilmesi ve bildirmesi ağrıyı değerlendirmenin en geçerli yoludur. Hemşireler ağrıyı keşfetmek ve değerlendirmek için tutarlı, sistematik bir yaklaşım kullanmalıdır. Aşağıdaki şekil (Tablo 1), hemşirelere ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına, herhangi bir tür ağrının varlığı veya riski açısından taranan kişileri sistematik olarak keşfetmeleri ve değerlendirmeleri amacıyla OPQRSTUV'yi kullanan bir kısaltmayı açıklar.

Tablo 1: O, P, Q, R, S, T, U ve V baş harflerini kullanarak Uyarlanmış Ağrı Değerlendirmesi

Başlangıç (Onset)	Ne zaman başladı? Ne kadar sürüyor? Ne sıklıkla görülür?
Neden olan faktör (Provoking)	Başlatan faktör nedir? Daha iyi yapan faktör nedir? Daha kötü yapan faktör nedir?
Nitelik (Quality)	Nasıl hissettiriyor? Tarif edebilir misin?
Bölge (Radiation)	Nerede? Bir yere yayılıyor mu?
Şiddet (Severity)	Ağrının şiddeti nedir? (0 ile 10 arasında bir ölçek, hiçbiri 0 ve 10 mümkün olan en kötüsü) Şimdi? En iyisi mi? En kötüsü mü? Orta seviyede mi?
Zaman / Tedavi (Timing / Treatment)	Ağrı sabit mi? Gelip gidiyor mu? Herhangi bir zamanda daha mı kötü? Şu anda hangi ilaçları ve tedavileri kullanıyorsunuz? Bunlar ne kadar etkili? İlaçların ve tedavilerin herhangi bir yan etkisi var mı?
Hissetme / Etki (Understanding / Impact on you)	Acıya neyin neden olduğuna inanıyor musunuz? Ağrının başka belirtileri var mı? Ağrı sizi ve ailenizi nasıl etkiliyor?
Değerler (Values)	Bu ağrı için hedefiniz nedir? Konforunuz veya bu ağrı için kabul edilebilir seviyeniz nedir? (0 ile 10 arasında bir ölçek, hiçbiri 0 ve 10 mümkün olan en kötüsü)? Bu ağrı hakkında sizin veya aileniz için önemli olan başka görüşler veya duygular var mı? Ağrınız hakkında tartışılmamış veya sorulmamış başka bir şey söylemek istediğiniz var mı?

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain Third Edition. Clinical Best Practice Guidelines. December 2013. Erişim adresi: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>. Erişim tarihi: 05.07.2021.

Ağrı tanılamasında yararlanılan önemli veri kaynakları bireyin geçirmiş olduğu ağrı deneyimleri, ağrının lokalizasyonu, süresi ve şiddetidir. Hemşirenin bireyin ne kadar süredir ağrıyı yaşamaya başladığını, ağrının günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiğini ve ağrının nasıl meydana geldiğini sorgulaması gerekir. Ayrıca ağrıya eşlik eden bulantı, kusma, baş dönmesi gibi bulgular, ağrıya neden olabilecek faktörleri, daha önceki ağrıyı

gidermede kullanmış olduğu uygulamaları da bilmesi gerekir. Bunun yanında hastanın ağrısını nasıl algıladığını da tanılamak önemlidir.

Ağrı tanınmasında ağrının şiddetinin tanınması oldukça önemlidir. Hemşireler ağrının şiddetini tanımlarken mutlaka hastanın gelişim düzeyi, bilişsel seviyesi ve yaşına uygun ağrı değerlendirmede kullanılan ölçüm araçlarını kullanmalıdırlar. Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçları; sağlık ekibi üyeleri arasında farklı yorumları ortadan kaldırarak ortak dil kullanmayı, sayı ve kelimelerle bildiren ağrı şiddet ve niteliğinin objektif olarak bildirilmesine yardımcı olmaktadır. Dikkat edilmesi gereken nokta hastaya girişim öncesi ve sonrası kullanılan ölçüm aracının aynı olması gerektiğinin unutulmamasıdır.

Ağrı değerlendirmesi kişiyi tanıyarak ve özelliklerini dikkate alarak daha eksiksiz ve kişisel hale getirilebilir. Hemşireler, kapsamlı bir ağrı değerlendirmesinin, kişinin hastalığı ya da sakatlık düzeyi, gelişim evresi, eğitim seviyesi ya da bilişsel durumu, iletişim kurabilme kabiliyeti, kültür, etnik yapı, biyoloji, ağrılarla önceki deneyimleri ve isteksizliği içeren faktörlerden etkilendiğini bilmelidir. Hemşireler, kapsamlı bir ağrı değerlendirmesinin; kişinin hastalık ya da sakatlık düzeyi, gelişim evresi, eğitim seviyesi ya da bilişsel durumu, iletişim kurabilme kabiliyeti, kültür, etnik yapı, biyoloji ve ağrılarla önceki deneyimleri içeren faktörlerden etkilendiğini bilmelidir. Maneviyatın da, kişinin ağrı sırasında inançlarını ve davranışlarını etkileyebileceği düşüncesi göz önünde bulundurulmalı ve dikkate alınmalıdır. Hemşireler için, bu faktörlerin bir kişinin ağrı bildirme şeklini ve bunun için yardım isteyip istemediğini etkileyip etkilemeyeceğini değerlendirmesi önemlidir.

9.2. Hemşirelik Tanısı

Hastanın kapsamlı tanınması ağrı deneyimleyen hastalar için önemli bir kriterdir. Çünkü ağrı bireysel bir deneyimdir. Bununla anlaşılması gereken nokta hastalara konulan tıbbi tanı aynı olursa olsun hastaların ağrıya karşı göstermiş oldukları tepkiler birbirlerinden farklılık gösterebilmektedir. Ağrı beraberinde hastanın fiziksel, sosyal, kültürel, psikolojik olmak üzere birçok farklı boyutunu etkilemektedir. Ağrılı hastada ortaya çıkabilecek bazı hemşirelik tanıları şu şekildedir:

- ✓ Akut ağrı
- ✓ Kronik ağrı
- ✓ Yorgunluk
- ✓ Öz bakım eksikliği

- ✓ Bilgi eksikliği
- ✓ Uyku örüntüsünde bozulma
- ✓ Anksiyete ve korku
- ✓ Baş etme mekanizmalarının yetersizliği
- ✓ Aktivite intoleransı
- ✓ Güçsüzlük
- ✓ Ağrının neden olduğu hareketsizliğe bağlı konstipasyon
- ✓ Cinsel isteksizlik
- ✓ Sosyal izolasyon
- ✓ Düşünme sürecinde bozulma

9.3. Planlama

Ağrı yönetimi müdahaleleri ağrının şiddetini azaltmayı, uykuyu ve genel yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamalıdır. Bir ağrı yönetimi planı, kişinin değerlendirmesinden elde edilen bulgulara dayanmalı, etkili ve uygun ağrı yönetimi stratejilerini içermelidir. Kişinin inançlarını ve hedeflerini dahil ederek değerlendirmeden elde edilen bulgulara yönelik bir ağrı yönetimi planı oluşturmak ağrıyı azaltmak için önemlidir. Ağrı yönetimi stratejilerini gerçekleştirmek için kişinin hedeflerini ve tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan işbirliği ile multidisipliner yaklaşım sağlanmış olmaktadır. Kişinin bakımını üstlenen ekip, hem farmakolojik hem de fiziksel, psikolojik tedavilerin planını oluştururken ve uygularken diğer uzmanlara (psikolog, psikiyatrist, fizyoterapist, mesleki terapist, sosyal hizmetler uzmanı gibi) danışmalıdır.

Hastaya yaklaşımda hemşireler çok önemli rol oynamaktadırlar. Ağrı yönetiminde hemşirenin yapması gereken; tedaviye etkin olarak katılması, tedavi sonucunu izlemesi, farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerini kullanarak ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutarak geliştirebilecek sorunları önleyebilmesidir.

Her kişinin özellikleri (yaş, gelişim evresi, sağlık durumu, kültür vb.) ve ağrı özellikleri, planlamaya yönelik stratejiler önerilmeden ve ağrı yönetimi planlarına dahil edilmeden önce göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin; bebeklerde ve çocuklarda tedavi edilmeyen ağrı, onları olumsuz etkiler ve uzun süreli sağlık sorunları yaşamalarına neden olabilir. Bu nedenle hemşireler, kişinin ağrısını değerlendirmek ve yönetmek için çocuğun yaşına ve gelişimine uygun stratejiler kullanılmalıdır. Tablo 2, popülasyon gruplarına

dayalı olarak diğer bazı önemli değerlendirme ve ağrı yönetimi hususlarını tanımlamaktadır: preterm ve yeni doğan bebekler, bebekler ve küçük çocuklar ve yetişkinler.

Tablo 2: Özel Popülasyonlarda Ağrı

Popülasyon	Önemli Noktalar
Preterm ve Yenidoğan Bebekler	Preterm ve hasta bebekler hastanede yatmaları sırasında sayısız ağrılı işleme maruz kalırlar. Ağrının önlenmesi ve yönetimi, tekrarlanan ağrılı prosedürlere bağlı olumsuz etkileri azaltmak için önemlidir. İlaç dozunu planlarken, bebek ağırlığı dikkate alınmalıdır.
Bebekler ve Küçük Çocuklar	Hem hasta hem de sağlıklı bebekler ve küçük çocuklar, hastaneye yatış ve erken çocukluk dönemi aşırı sırasında birçok ağrılı işleme maruz kalırlar. Küçük çocuklar gelişim düzeyleri gereği anlama ve başa çıkma becerilerinden yoksundurlar ve sıklıkla yüksek düzeyde ağrı, sıkıntı ve korku yaşarlar. İğnelerin neden olduğu ağrının etkili bir şekilde yönetilmesi ile bir sonraki tıbbi bakım alma korkusunda azalma sağlanabilmektedir. Bebeklerde ve çocuklarda bağışıklama ile ilişkili oluşabilecek ağrı ve sıkıntıyı azaltmak için çeşitli stratejiler mevcuttur.
Yetişkin	Yetişkinle aşağıdakilerle ilişkili iletişim zorlukları yaşayabilirler: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ağrı raporlarında, ✓ Farklı bir dil konuşmak ve ✓ İletişim engelleri (afazi, demans, görme ve işitme bozukluğu gibi bilişsel bozukluklar). Farmakolojik müdahaleleri planlarken; komorbiditeler, bir arada var olan hastalıklar ve çoklu ilaçların kullanımı gibi ağırlaştırılmış değişikliklerin etkisi, yetişkini ilaçla ilişkili advers olayların yaşanmasında yüksek risk altında bıraktığı için dikkate alınmalıdır.
Kritik hasta	Durumu kritik olan birçok hasta, mekanik ventilasyon, yüksek dozda yatıştırıcı ajanların verilmesi ve bilinç düzeyinin değişmesi gibi birden fazla faktör nedeniyle kendi kendilerine ağrı durumunu bildiremezler. Çoğu zaman ağrıyla ilgili yoğun bakım ünitelerinde yatış sırasında birçok ağrılı prosedüre maruz kalırlar. Durumu kritik hastaların büyük bir kısmında genellikle orta ile şiddetli ağrı görülür. Bu nedenle, ağrı yönetimi, çoğunlukla parenteral yoldan opioidlerin kullanımını içerir. Hastaların yeterli gözetimi için fizyolojik parametrelerin sürekli izlenmesi gerekir. Farmakolojik olmayan müdahalelerin, ağrıyı hafifletmek için önerildiği de belirtilmektedir.

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain Third Edition. Clinical Best Practice Guidelines. December 2013. Erişim adresi: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>. Erişim tarihi: 05.07.2021.

Hemşirelik bakımında planlamanın yapılması her hasta için bireysel tedavi planının geliştirilmesini sağlar. Burada önemli olan ve unutulmaması gereken noktanın hemşirelerin ağrının tanımlanmasında hastaların tanımlamadaki odak kişiler olduklarını kabul etmelerinden geçmektedir. Ancak bu şekilde bireye özgü bir tedavi planı oluşturularak bakım verilebilir.

9.4. Uygulama

Ağrı hem hasta hem de sağlıklı insanlar tarafından yaşanan hoş olmayan bir duydur. Çeşitli etiyolojik nedenlerden dolayı yaşanabilecek ağrı, birçok sağlık sorununun ana belirtileri arasındadır. Ağrının, insanın sosyal, fiziksel, zihinsel durumu ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Ağrının etkili bir şekilde tedavi edilmesi, bir kişinin yaşam kalitesini yükseltmek ve rahatlık sağlamak için önemli bir unsurdur. Etkili bir tedavi için ağrının doğru olarak değerlendirilmesi esastır. Bununla birlikte, bireysel özelliklerin ağrı algısını etkileyebileceği düşünüldüğünde, ağrıyı objektif olarak değerlendirmek zordur. Bugün, ağrı rutin olarak beşinci hayati bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık ekibinin bir parçası olarak, hemşireler etkili ağrı yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık personelinin ve özellikle de ağrıyı değerlendiren hemşirelerin ağrı yönetimi bilgilerinin, ağrının etkili tedavisinde önemli olduğu açıktır. Hemşirelerin ağrıya karşı hassas ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakım Organizasyonları Birleşik Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) ağırlı hastaya sağlık bakımı verenlerin;

- ✓ Her hastanın ağrı değerlendirmesi ve tedavi olma hakkının bulunduğu bilincini taşıması,
 - ✓ Ağrıyı kontrol altına almadaki yöntemlerine hasta yanıtlarının dahil edilmesine,
 - ✓ Ağrı yönetiminde hasta-sağlık personeli eğitimine önem vermektedir.
- JCAHO'nun ağrı yönetiminde bazı anahtar kavramları şunlardır;
- ✓ Hastanın, uygun ağrı değerlendirmesi hakkı vardır.
 - ✓ Ağrının değerlendirilmesi ve düzenli olarak değerlendirmenin yapılması gerekmektedir.
 - ✓ Hastalar ağrısına göre tedaviye dahil edilir.
 - ✓ Hastalara etkili ağrı yönetiminin önemi konusunda eğitim verilir.

- ✓ Hastalara, tedavinin bir parçası olarak doğru ağrı yönetimine yönelik eğitim verilir.
- ✓ Hastalar sağlık bakımı ile ilgili kararların alınmasına dahil edilir.
- ✓ Analjezikler gerektiği oranda uygulanır.
- ✓ Taburculuk planlamasında ve eğitiminde, ağrı yönetiminin sürekliliği olan gereksinimler de yer almalıdır.

Hemşirelerin hastaları değerlendirme, kanıta dayalı yönetim stratejilerinin uygulanması, buna yönelik cevaplarının izlenmesi, kayıtların belgelenmesi, hasta ve ailelerinin eğitilmesi gibi ağrı yönetimindeki rolleri başarılı ağrı kontrolünün anahtarıdır.

Akut Ağrıda Hemşirelik Girişimleri: Hemşireler, akut ağrısı olan hastalara bakım yapmada ve bu ağrının kronik ağrıya geçişini önlemede önemli bir rol üstlenirler. Hemşireler, hastaların akut ağrıya yönelik optimal tedavisini almasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmasını savunmalıdır. Bunun yanında konforu arttırmak için bakım planlarını tasarlanmasında, yönetilmesinde, fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığın iyileştirilmesinde ve mümkün olan en iyi hasta sonuçlarını elde etmede çeşitli sorunlulukları vardır. Hastaların ve ailelerin ağrı yönetimi tercihlerinin bilinmesi, değerlendirilmesi ve desteklenmesi ve bakım konusundaki kararlarda ortak olarak yer almalarının sağlanmasında önemli görevleri bulunmaktadır.

Akut uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır:

- ✓ Hastaya yapılacak olan tanısal testler ve işlemler detaylı açıklanır.
- ✓ Hastaya eğer kaynağı biliniyorsa ağrıya neden olan faktörler ve ne kadar süreyle devam edeceği hakkında bilgi verilir.
- ✓ Hemşire kişinin ağrıya karşı göstermiş olduğu tepkiyi kabul ettiğini göstermelidir.
- ✓ Bireyin ağrı nedeniyle göstermiş olduğu duygusal tepkiler, öfke ve korkuların paylaşılması konusunda ona fırsat vermesi sağlanır.
- ✓ Yaşamakta olduğu ağrıyı arttıran ve rahatlatan faktörler anlatılır.
- ✓ Ağrının azaltılması için dikkati başka yöne çekmede kullanılabilecek yöntemler önerilir ve öğretilir. (örn: ritmik sayı sayma, ritmik olarak nefes almak, müzik dinlemek vb.)
- ✓ Nonfarmakolojik yöntemler hemşire tarafından uygulanır. (masaj, sıcak-soğuk uygulama, TENS vb.)

- ✓ Doktorun önerdiği farmakolojik ilaçların uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi yapılır.
- ✓ Gün için dinlenme periyodları oluşturularak, geceyin kesintisiz uyku sağlanır.
- ✓ Hastanın ailesinin eğitimi oluşabilecek yanlış anlamaları önlemek adına uygulanmalıdır.

Kronik Ağrıda Hemşirelik Girişimleri: Ağrı, insanlara potansiyel sağlık sorunları hakkında bilgi verebilecek önemli bir sağlık işaretidir. Bununla birlikte, ağrı bazen kalıcı olabilmektedir. Kişide hem nahos hislere hem de yaşamlarını olumsuz etkileyebilecek sonuçlara yol açarak normal iyileşme sürecini aşabildiği durumlara neden olabilmektedir. Kronik ağrı etkili bir şekilde tedavi edilmesi gereken yaygın bir sağlık problemidir.

Kronik ağrı; irritabilite, uyku bozuklukları, bedeniyle aşırı uğraşma, cinsel istekte azalması, psikomotor yavaşlama, tükenme, sosyal çekilme gibi belirtilere yol açabilir. Kronik ağrı yaşayan bireylerde, ağrı ve eşlik eden semptomlar fiziksel becerilerde ve işlevsellikte azalmaya neden olabildiği gibi; depresyon, anksiyete, kontrol kaybı, korku, sosyal ilişkilerde azalmaya da yol açabilir. Kronik ağrı en iyi hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan kendi kendine yönetim müdahalelerini içerebilen multimodal disiplinlerarası bir yaklaşım kullanılarak tedavi edilir. Bu nedenle hastanın ağrı ile başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi, ağrılı durumların tedavisi ve ağrı davranışının düzeltilmesi açısından oldukça önemlidir.

Kronik ağrı ile başa çıkmada uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Öncelikle hasta bit bütün olarak ele alınır.
- ✓ Etyolojik faktörler ve risk faktörler değerlendirilir.
- ✓ Ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı belirlenir.
- ✓ Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler saptanır ve izlenir.
- ✓ Ağrıya karşı kişide meydana gelen duygusal tepkiler izlenir (inkar, anksiyete, konfüzyon, öfke, beden bilincinde değişiklik) ve baş etme şekli değerlendirilir.
- ✓ Ağrıya neden olan faktörler azaltılır ya da ortadan kaldırılır.
- ✓ Gereksiz hareketlerden kaçınılır.
- ✓ Kas gerginliği azaltılır.
- ✓ Çevre kontrol altına alınır (ışık, gürültü v.b.)

- ✓ Ağrı kontrol ile ilgili bilgilendirme yapılır.
- ✓ Hangi günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı arttırdığı ve azalttığı belirlenir.
- ✓ Ağrının kaynağı bulunur ve azaltmak için uygun önlemler alınır (masaj, pozisyon verme, ilaç uygulaması v.b.)
- ✓ Ağrının artmasına neden olan problemleri gidermek için plan yapılır.
- ✓ Analjeziklerin yan etkileri gözlenir ve giderilir.
- ✓ Hastaya önceki ağrı deneyimlerinde ağrıyı azaltmak için nelerin yardımcı olduğu sorulur.
- ✓ Plan hasta ile birlikte yapılır ve hastanın bakıma katılması sağlanır.
- ✓ Hasta yakınlarının bakıma katılımı sağlanır.
- ✓ Noninvazif ağrı giderme önlemlerinin kullanımı sağlanır.

Multidisipliner ekibin bir üyesi olan hemşirelerin; klinik ve psikososyal becerilerini geliştirmeleri, bilgilerini sürekli güncelleştirmeleri, yapılan araştırmaların sonuçlarından yararlanmaları, hemşirelik bakımını sürekli değerlendirmeleri, kritik düşünme ve problem çözme becerilerini geliştirmeleri ve sürekli öğrenme davranışı sergilemeleri gerekmektedir.

9.5. Değerlendirme

Ağrı yönetiminde değerlendirme, temel olarak hastanın sübjektif ifadelerine odaklanır. Objektif veriler ise ağrı yönetiminin etkililiğini değerlendirmek için kullanılır. Bunlar;

- ✓ Hastanın yüz ifadesi ve duruşu/postürü
- ✓ Rahatsızlık duygusunun olması ya da olmaması
- ✓ Yaşam bulgularının kaydı
- ✓ Ağrı değerlendirme araçlarının kullanımı.

Bunun yanında, sık sık değerlendirilen ağrı kontrol ölçümleri etkili ağrı yönetiminin başarısı açısından çok önemlidir. Bir hastanın ağrı algılaması uygun olmayan ağrı kontrol ölçümlerinden de kaynaklanan kaygı durumuyla beraber artış gösterebilir. Bu nedenle ağrıyı değerlendirmek için kullanılan ölçüm aracının tipi, tedavi başında da girişimlerin sonunda da aynı olmalıdır. Aynı ölçüm aracı ile değerlendirmeler sonunda hastanın durumunda rahatlama oldukça, ilaç kullanımı gibi farklı uygulamalar azaltılabilir veya tamamen durdurulabilir. Hastanın kendi ifadesi ve hemşire gözlemlerine ek

olarak, aileden alınan geri bildirimler de bakımın etkililiğini değerlendirmede önemli bilgi kaynaklarından biridir.

SONUÇ

Ağrı, farklı özellik ve şiddetle ortaya çıkabilen sübjektif bir deneyimdir ve kişiye özeldir. Aynı şiddetteki ağrılı uyaranın kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşabilmektedir. Ağrı çok boyutlu bir sendrom olduğu için birçok disiplini ilgilendirir.

Ağrı kontrolünde hemşireleri diğer ekip üyelerinden farklı kılan ve ayıran temel noktalar; hemşirenin hasta ile geçirdiği vaktin diğer ekip üyelerinden daha uzun süre olması ve bu nedenle hastanın daha önceden yaşamış olduğu ağrı deneyimleri ve bununla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerek duyduğu zamanda bunlardan yararlanması, öğrenmiş olduğu ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, gerektiğinde ona rehberlik etmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşım sağlamasıdır. Ağrı kontrolünün birincil kaygısı olarak hasta / aile memnuniyetini sağlamak için ağrı değerlendirmesi ve yönetimi kavramının tam olarak ele alınması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Karadakovan, A, Aslan, Eti F. (2014). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Kitapevi.
2. Sezen, A, Güngör, MD, Temiz, G. (2014). Yoğun bakım hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
3. Aştı, TA, Karadağ, A. (2012). Hemşirelik esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
4. Durna, Z. (2012). Kronik hastalıklar ve bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
5. Aslan, Eti F. (2014). Ağrı: Doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
6. Erdine, S. (2016). Ağrının Kitabı. İstanbul: Hayy Kitap.
7. Kumar, H, Elavarasi, P. (2016). Definition of Pain and Classification of Pain Disorders. Journal of Advanced Clinical & Research Insights 3, 87-90.
8. American Pain Society. (2016). Guidelines On The Management Of Postoperative Pain. The Journal Of Pain, Vol 17, No 2 (February), 131-157.
9. American Academy of Pain Medicine. (2016). Methadone for Pain Management: Improving Clinical Decision Making.
10. Berger, P. (2007). The journey to pain relief: a hands-on guide to breakthroughs in pain treatment. Canada: Hunter House Inc.
11. Aksoy, G, Kanan, N, Akyolcu, N. (2012). Cerrahi hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
12. Anestezi Uygulama Kılavuzları Postoperatif Ağrı Tedavisi, Türk Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği. <https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/7.pdf> (Erişim: Haziran 1, 2021).
13. Büyükyılmaz, F, Aştı T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2):84-93.
14. Uyar, M, Korhan, Akın E. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Ağrı, 23(4):139-146.
15. Babacan A. Ağrı, ağrı yolları ve ağrılı hastaya yaklaşım. Erişim tarihi: 25.07.2021, <https://tr.scribd.com/document/334575990/a%C4%9Fr%C4%B1-yollar%C4%B1>.
16. Balkaya, H. (2007). Ratlarda termal ağrı modelinde intratekal ropivakainin analjezik etkilerine intratekal midazolamın etkisi. (Uzmanlık Tezi). T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
17. Tercan, B. (2015). Hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumları.(Yüksek Lisans Tezi). T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

18. Topçu, YS. (2008). Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
19. Aydın, ON. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3(2):37-48.
20. Güler, D. (2006). Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. (Uzmanlık Tezi). T. C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
21. Çeliker, R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları. Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi, 51:14-18.
22. Çilingir, D., Bulut, E. (2017). Yaşlı Bireylerde Ağrıya Yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,20(2):144-153.
23. Yücel, A., Çimen, A. (2005). Nöropatik Ağrı: Mekanizmalar, Tanı ve Tedavi. Ağrı, 17(1): 5-13.
24. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain Third Edition. Clinical Best Practice Guidelines. December 2013. Erişim adresi: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB_FINAL_DEC_2.pdf. Erişim tarihi: 05.07.2021.
25. Karaman, E., Vural Doğru, B., Yıldırım, Y. (2019). Knowledge and attitudes of nursing students about pain management. Ağrı, 31(2):70-78.
26. Jungquist, C., Vallerand Hazard, A., Sicoutris, C., Kwon, NK., Polomano, RC. (2017). Assessing and Managing Acute Pain: A Call to Action. The American Journal of Nursing, 117(3):4-11.
27. Kizaa, IB., Muliira Kanaabi, J., Kohi, TW., Nabirye Chalo, R. (2016). Nurses' knowledge of the principles of acute pain assessment in critically ill adult patients who are able to self-report. International Journal of Africa Nursing Sciences, (4):20-27.
28. Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe, Y., Suzuki, M. (2015). Literature review of pain management for people with chronic pain. Japan Journal of Nursing Science, (12):167-183.

