

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA
DEĞERLENDİRMELERİ**

MAİDE YEŞİLYURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. SAİDE FAYDALI

KONYA-2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA
DEĞERLENDİRMELERİ**

MAİDE YEŞİLYURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. SAİDE FAYDALI

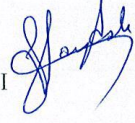
KONYA-2017

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **MAİDE YEŞİLYURT**'un "**Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Değerlendirmeleri**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI



Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Serpil YÜKSEL

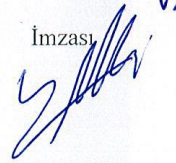
Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez., Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 2./8./2017 Tarih ve 15/14 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısım Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası



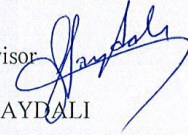
APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “*The Evaluation of the Patients Related to Numeric Pain Scales*” by “*MAİDE YEŞİLYURT*” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “*Nursing*”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

Konya, Turkey/28/07/2017

Principal Advisor

Asist. Prof. Saide FAYDALI



Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member

Assoc. Prof. Güler BALCI

ALPARSLAN

Eskişehir Osmangazi University Faculty
of Health Sciences

Examination Committee Member

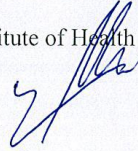
Asist. Prof. Serpil YÜKSEL

Necmettin Erbakan University Faculty
of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK ✓

Director of Institute of Health Sciences Date and Signature



BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih 06/08/2017

Maide Yeşilyurt

İmza



03.08.2017

Turnitin

[Süreçler](#)
[Öğrenciler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tatbisma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev gelen kutunuzdur. Bir ödevi görüntülemek için, ödev başlığına tıklayın. Orijinallik Raporu'nu görmek için, benzerlik kolonundaki orijinallik raporu ikonuna tıklayın. Bu ikon tıklanabilir durumda değilse, orijinallik raporu henüz oluşturulmamış demektir.

SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA DEĞERLENDİR...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder GradeMark Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) | [İndir](#) | [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Maide Yeşilyurt	SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA DEĞERLENDİRİLMİŞ...	%8	8%	2%	4%	--	--	ödev indir	834481341	01-Ağu-2017
<input type="checkbox"/>	Maide Yeşilyurt	-- gönderi yok --	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteği, sabrı, hoŐđorusuyle fikirlerini deneyimlerini esirgmeden paylaŐan, akademik ve kişisel geliŐimimde karŐılaŐtıđım tım zorluklar karŐısında her zaman yanımda olan ve örnek aldığım çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Serpil YÜKSEL'e ve tım bölüm hocalarıma,

Görüş ve önerileri ile tezime katkıda bulunan değerli jüri üyesi Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN'a,

Bütın hayatım boyunca maddi manevi fedakarlıkları ile bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, her konuda beni destekleyen ve destekleyeceklerine inandığım sonsuz sevgilerini esirgemeyen canım AİLEM'e,

Teşekkür ederim.

Maide YEŞİLYURT

İÇİNDEKİLER

sayfa

<i>İç kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez onay sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Beyanat</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>viii</i>
<i>Kısaltmalar ve simgeler</i>	<i>x</i>
<i>Şekiller listesi</i>	<i>xii</i>
<i>Tablolar listesi</i>	<i>xiii</i>
<i>Özet</i>	<i>xiii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiv</i>
1. GİRİŞ	1
<i>1.1. Araştırmanın Amacı</i>	<i>4</i>
<i>1.2. Araştırma Soruları</i>	<i>4</i>
2. GENEL BİLGİLER	4
<i>2.1. Ağrı Nedir</i>	<i>4</i>
<i>2.2. Ağrı Sınıflandırması</i>	<i>5</i>
<i>2.2.1. Akut ağrı</i>	<i>5</i>
<i>2.2.2. Kronik ağrı</i>	<i>6</i>
<i>2.3. Ağrı Ölçümü ve Değerlendirmesi</i>	<i>6</i>
<i>2.4.1. Tek boyutlu ölçekler</i>	<i>8</i>
<i>2.3.1.1. Sayısal Ölçekler</i>	<i>9</i>
<i>2.3.1.2. Sözel kategori ölçekleri</i>	<i>10</i>
<i>2.3.1.3. Görsel kıyaslama ölçeği</i>	<i>10</i>
<i>2.3.1.4. Yüz ağrı ölçeği</i>	<i>11</i>

2.3.2. Çok boyutlu ölçekler	12
2.4. Ağrı Değerlendirmede Hemşirenin Rolü	12
3.GEREÇ ve YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni	15
3.4. Araştırmanın Örneklemi	15
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	16
3.6. Veri Toplama Araçları ve Tekniği	16
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	17
3.8. Araştırmanın Uygulaması.....	17
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.9.1. Bağımsız değişkenler	18
3.9.2. Bağımlı değişkenler	18
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.12.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
4. BULGULAR.....	19
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
4.2. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik Bulgular ..	23
4.3. Sayısal Ölçek Türleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	37
4.4. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular	40
5. TARTIŞMA.....	42
5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışması.....	42
5.2. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik Bulguların Tartışması	44
5.3. Sayısal Ölçek Türleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışması.....	50

<i>5.4. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulguların Tartışması</i>	<i>51</i>
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
<i>6.1. Sonuçlar</i>	<i>55</i>
<i>6.2. Öneriler</i>	<i>57</i>
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER	62
<i>Ek-A: Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Değerlendirmeleri Anket Formu</i>	<i>62</i>
<i>Ek- B: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aksaray İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni</i>	<i>65</i>
<i>Ek-C: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</i>	<i>67</i>
<i>Ek-D: Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Değerlendirmeleri Bilgilendirme ve Rıza Formu</i>	<i>69</i>
9. ÖZGEÇMİŞ	70

KISALTMALAR VE SİMGELER

ÇBÖ	: Çok Boyutlu Ölçekler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçekleri
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
SKÖ	: Sözel Kategori Ölçeği/Ölçekleri
SÖ	: Sayısal Ölçekler
TBÖ	: Tek Boyutlu Ölçekler
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UAAT	: Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı
YAÖ	: Yüz Ağrı Ölçekleri

ŞEKİLLER LİSTESİ

sayfa

Şekil 1. Ağrı şiddeti ölçekleri.....10

TABLULAR LİSTESİ**sayfa**

<i>Tablo 4.1.1 Hastaların tanımlayıcı özellikleri.....</i>	<i>21</i>
<i>Tablo 4.2.1. Sayısal ölçeklere ilişkin değerlendirmeleri.....</i>	<i>22</i>
<i>Tablo 4.2.2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kullanımı en kolay sayısal ölçek değerlendirmeleri</i>	<i>23</i>
<i>Tablo 4.2.3. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en hızlı yanıt verilen sayısal ölçek değerlendirmeleri.....</i>	<i>26</i>
<i>Tablo 4.2.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en hassas sayısal ölçek değerlendirmeleri</i>	<i>29</i>
<i>Tablo 4.2.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre klinik kullanıma en uygun sayısal ölçek değerlendirmeleri</i>	<i>32</i>
<i>Tablo 4.2.6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en karmaşık ölçek sayısal ölçek değerlendirmeleri</i>	<i>35</i>
<i>Tablo 4.3.1. Sayısal ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....</i>	<i>37</i>
<i>Tablo 4.3.2.Sayısal ölçeklerde tekrarlı ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 37</i>	
<i>Tablo 4.3.3. Hastaların ağrı kesici almaya ihtiyaç duydukları andaki ağrı şiddeti seviyesine ilişkin görüşleri</i>	<i>38</i>
<i>Tablo 4.3.4. Ölçeklere ilişkin değerlendirme ifadeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi</i>	<i>39</i>
<i>Tablo 4.4.1. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin görüşleri</i>	<i>40</i>
<i>Tablo 4.4.2. Hastaların sayılara karşılık verdikleri sözel ifadeler.....</i>	<i>41</i>

ÖZET

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Değerlendirmeleri

Maide YEŞİLYURT

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2017

Ameliyat sonrası hastalar farklı şiddetlerde ağrı deneyimi yaşamaktadırlar. Ağrının tanılanması, tedavi kararının ve başarısının değerlendirilmesi bu bulgunun ölçümünü zorunlu hale getirmektedir. Bu çalışmanın amacı sayısal ağrı ölçeklerine ilişkin hastaların değerlendirmelerini ve değerlendirmeyi etkileyen faktörleri belirlemektir.

Tanımlayıcı türdeki araştırma ağrısı olan ameliyat sonrası dönemdeki 360 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler hastaların tanımlayıcı özellikleri ile klinik kullanımda en fazla tercih edilen 5,6,11(0-10),11(0-100),21 ve 101 madde içeren 6 ölçek türüne ilişkin değerlendirme ifadelerinin sorulduğu anket formu ile 11.07.2016-31.01.2017 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Sayısal ölçeklere ilişkin sorularda, dört olumlu (kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ölçek ve klinik kullanıma en uygun ölçek) ve bir olumsuz değerlendirme (en karmaşık ölçek) ifadesine yer verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, ki kare ve Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmanın uygulaması öncesinde hastaların bilgilendirilmiş onamı, araştırmanın yapıldığı kurum ve etik kurulun izni alınmıştır.

Çalışmamızda katılımcılar 18-80 yaş aralığında olup yaş ortalamaları $\bar{X}:48.3\pm14.7$ 'dir ve %95.8'i ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almamıştır. Hastalar 5 maddelik ölçeği kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ölçek ve klinik kullanımı en uygun ölçek, 101 maddelik ölçeği ise en karmaşık ölçek olarak değerlendirmişlerdir. Sayısal ölçeklere ilişkin olumlu değerlendirme ifadeleri ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları arasında, olumsuz değerlendirme ifadesinde ise yaş, eğitim durumu ve ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların neredeyse tamamı ağrı ölçümünün "kendilerini ifade etmeyi kolaylaştırdığını", "kendileriyle ilgilenildiğini düşündürdüğünü", "sayıların ne ifade ettiğinin sağlık çalışanları tarafından anlatılmasının ölçeği daha anlaşılır yapacağını" ve "ölçekte kullanılan madde miktarı azaldıkça ölçeğin daha iyi anlaşıldığını" belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, hastaların sayısal ölçeklerdeki madde sayısı azaldıkça ölçekleri daha iyi anlayabildikleri, ölçeklerdeki madde sayısı arttıkça anlamada zorlandıkları belirlenmiştir. Kullanılan sayısal ölçeğin sözel-görsel ifadelerle desteklenmesinin hastalar tarafından anlaşılmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Ağrı yönetiminin etkinliği açısından ölçeklerin kullanımına ilişkin eğitimlerin yapılması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Ağrı Değerlendirme; Hasta; Hemşirelik; Sayısal Ağrı Ölçekleri.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCE INSTITUTE

The Evaluation of the Patients Related to Numeric Pain Scales

Maide YEŞİLYURT

Department of Nursing

MASTER THESIS/KONYA-2017

Patients experience pain at different intensities in postoperative. The diagnosis of the pain, the evaluation of the treatment decision and the success make the measurement of this finding compulsory. The purpose of this study is to determine the evaluation differences and the factors affecting the evaluation of the most commonly used numeric pain scales.

The descriptive study was conducted with 360 patients with postoperative pain. The data were obtained from questionnaires of 6 scales with 5,6,11(0-10),11(0-100),21 and 101 items most preferred in clinical use with the descriptive characteristics of the patients and between 11.07.2016-31.01.2017 a face-to-face interview technique was used by the researcher. Regarding to numeric rating scale questions include four positive evaluation statements (the easiest to use, the fastest to respond, the most sensitive, the most appropriate for the clinic use) and the negative evaluation statement (the most complex scale). In evaluating of the data; Number, percentage, medium, chi-square and Pearson correlation tests were used. Before the application of the study, the informed consent of the patients, the institution where the research was conducted and the ethics committee received permission.

In our study, patients' ages are between 18-80 and the age average is $\bar{X}:48.3+14.7$. 95.8% of the patients were not informed about pain assessment. Patients evaluated the 5-item scale as the easiest, fastest, most accurate, and most appropriate scale for clinical use and the most complex scale for 101 items. Regarding to numeric rating scale with positive expression between age, marital status, educational status, clinical treatment, previous surgery, having chronic disease and getting information about pain assessment, in the case of negative perception between age, educational status, getting information about pain assessment significant difference has been detected ($p<0.05$). Almost all of the patients reported that pain measurement "made it easier to express themselves", "and made them think that they were cared", "the expression of what the numbers mean by the health staff will make the scale more understandable" and "as the amount of substance used in the scale decreases the scale was better perceived".

As a result, it was identified that, as the number of items in the numerical scales decreased, the patients were able to understand the scales better, and the number of items in the scales increased, the patients were in trouble to understand. It is thought that using numerical scale supported with visual-verbal expression make the patients understand better. It is important to train the use of scales in terms of efficacy of pain management.

Keywords: Numeric Pain Scales; Nurse; Pain Assessment; Patient.

1. GİRİŞ

Ağrı yaşamın her döneminde bizi olumsuz etkileyen bir deneyimdir. Büyükyılmaz ve Aştı'nın belirttiğine göre; Katz ve Melzack ağrıyı “ağrı kişiseldir ve sadece acı çeken kişi tarafından hissedilebilen subjektif bir deneyimdir” şeklinde tanımlamıştır. McCaffery “ağrı hastanın söylediği şeydir ve eğer söylüyorsa vardır” diyerek bu görüşü desteklemiştir (Büyükyılmaz ve Aştı 2009; NPC ve JCAHO 2001).

Ameliyat sonrası hemen hemen tüm hastalar farklı şiddetlerde ağrı yaşayabilmektedir. Hasta için bir stres kaynağı olan ağrı, kontrol edilmediği takdirde hayati tehdit edebilecek sonuçlara neden olabilmektedir. Bu sonuçlara kan basıncının yükselmesi, hipoksi, atalektazi, pnömoni, akut kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü (MI) vb. örnek verilebilir (Deniz ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2013). Ağrı, irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, bedeniyle aşırı uğraşma, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi sorunlara da neden olabilir (Güleç ve Güleç 2006; Kılıç ve Öztunç 2012). Ayrıca, cerrahi hastasında ağrının giderilemediği durumlarda yara iyileşmesinde gecikme olabileceğinden hastanede kalış süresi uzayabilir, maliyet artar ve yaşam kalitesi azalır (Eti-Aslan 2005). Bu nedenlerle ameliyat sonrası yaşanan ağrının yönetimi iyileşme süreci için hayati önem taşır.

Hastalıkta/rahatsızlık durumunda kişiyi bedenindeki olumsuzluklara karşı uarması, ağrının koruyucu bir alarm sistemi olarak yorumlanmasına neden olmuştur (Aydın 2002). Bu yorumla uyumlu olarak 1996 yılında Amerikan Ağrı Derneği (*American Pain Society*) ağrıyı beşinci yaşam bulgusu olarak ifade etmiştir (NPC ve JCAHO 2001). Bulgu ifadesi, subjektif olarak kabul edilen ağrı olgusunun objektif değerlendirmesini gerektirir. Yani ağrının varlığı geçerli bir ölçekle değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme ağrıya yönelik uygun tedaviyi ve tedavinin başarısını belirleyebilmek, yani ağrı yönetiminin etkinliğine karar verebilmek için de gereklidir (Tulunay ve Tulunay 2000). Hemşire ağrının değerlendirilmesi amacıyla hastanın ağrı öyküsünü dikkatli bir şekilde almalıdır. Ağrı öyküsü ağrının şiddeti, yeri, yayılımı, süresi, sıklığı, seyri, niteliği, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler, ağrının beraberinde bulunan diğer bulgular, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları bölümlerini içerir (Yücel 2000). Tedavi ve bakım sürecinde

ağrının değerlendirilmesi; düzenli aralıklarla her şift değişiminde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde, cerrahi girişim türü ve beklenen ağrı şiddetine göre belirlenen aralıklarla düzenli olarak, her yeni ağrı bildiriminde, analjezik tedavisi öncesinde, doz ve tedavi değişikliklerinde, parenteral analjezik uygulamasından 30 dakika sonra, oral uygulamalardan bir saat sonra ve diğer ağrı giderici işlemlerden sonra mutlaka yapılmalıdır (Deniz ve ark. 2008; Düzel 2008; Eti-Aslan 2014).

Günümüzde ağrı ölçümünde çok sayıda tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır (Eti-Aslan 2002). Tıbbi veya cerrahi tedavi adayı olan tüm hastalarda ağrı öyküsünün hastanın sağlık kuruluşuna ilk başvurusu sırasında tüm boyutları ile ele alınması gerekirken daha sonraki değerlendirmelerde genellikle sadece ağrı şiddeti değerlendirilmektedir (Deniz ve ark. 2008; Düzel 2008). Çok boyutlu ölçekler (ÇBÖ) ile; ağrı tüm yönleriyle ele alınmaya çalışılır. Sık kullanılan ÇBÖ'ye McGill-Melzack Ağrı Soru Formu, McCaffery Ağrı Soru Formu örnek olarak verilebilir (Ay ve Alpar 2010). ÇBÖ'le ağrının değerlendirilmesinin daha uzun sürmesi ve anlaşılmasının güç olması, Tek boyutlu ölçeklere (TBÖ) göre bu ölçeklerin kullanımını sınırlamaktadır (Düzel 2008). TBÖ ise doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler hastaların sayılar, kelimeler, yüz ifadeleri ya da renklerle bildirdiği ağrı şiddetini olabildiğince objektif hale dönüştürmeyi, hasta ve hastanın tedavi ve bakımını sürdüren kişiler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmayı sağlamaktadır. Sayısal Ölçekler (SÖ), Sözel Kategori Ölçekleri (SKÖ), Görsel Kıyaslama Ölçekleri (GKÖ) ve Yüz Ağrı Ölçekleri (YAÖ) TBÖ arasında sayılabilir (Güzeldemir 1995; Jensen ve ark. 1998; Hicks ve ark. 2001; Eti-Aslan 2002; Karataş 2010; Çelik 2010).

Hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların değerlendirme aracı ile ilgili bilgi sahibi olması, ölçeği anlayabilmesi, kolay ve pratik bir şekilde kullanabilmesi gereklidir (Tan ve Özyurt 2006). Puanlaması basit olduğu için tercih edilen SÖ kullanımı kolay ve etkili, ağrı şiddeti ölçümünde geçerli ve güvenilir olan ölçeklerdir (Li li ve ark. 2007; Tandon ve ark. 2016). Ayrıca SÖ ağrı şiddeti tanımını, puanlama ve kayıt işlemlerini de kolaylaştırmaktadır. Ancak kültürler ve diller arasında SÖ'in kullanımı ile ilgili çeviri zorlukları bulunmaktadır (Eti-Aslan 2002; Hawker ve ark. 2011; Arkoç 2013; Fakirullahoğlu 2013). Yapılan bir

çalışmada 11 maddelik sayısal ölçek, 65 yaş üstü bireylerde ağrı değerlendirmesi için geçerliliği, güvenilirliği ve tercih edilebilirliğinin yüksek olması nedeniyle en uygun araç olarak görülmüştür. Ayrıca 11 maddelik sayısal ölçeğin hafif-orta derecede bilişsel bozukluğu olan bireylerde de uygun olduğu bildirilmektedir (Dijk ve ark. 2012). Başka bir çalışmada SÖ'in (0-10), güçlü görünüş geçerliliğine sahip olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada SÖ'in en doğru, en kolay ve gelecek değerlendirmeler için en tercih edilebilir olduğu bulunmuştur (Gagliese ve ark. 2005).

Ağrı konusunda hastanın kullanılan ölçeğe ilişkin bilgiyi nasıl alıp seçtiği yorumladığı önemlidir. Birçok faktör ağrı düzeyini/şiddetini etkileyebilmektedir. Bu faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalığın olup olmaması, daha önce ameliyat geçirmiş olma, ağrı tecrübeleri, ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma, hastanede yatma vb. sayılabilir (Afşar ve Pınar 2003; Aygün ve Var 2012; Çelik 2013; Göl ve Onarıcı 2015). Benzer faktörlerin ağrı değerlendirmede kullanılan ölçeklere ilişkin hasta değerlendirmelerini etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Ağrı şiddetini değerlendirmede kullanılan SÖ, SKÖ, GKÖ ve YAÖ'ine ilişkin hastaların tercihleri değişkenlik gösterebilir (Eriksson ve ark. 2014; Gagliese ve ark. 2005; Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014).

Türk hastalar arasında yapılan bir çalışmada ağrı şiddeti seviyesine göre ölçek tercihleri karşılaştırılmıştır. Ağrı şiddeti ve hastaların ölçek tercihlerini eğitim durumu, yaş, cinsiyet ve ameliyat büyüklüğünün anlamlı şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Başka bir çalışmada ise ameliyat sonrası ağrı değerlendirmede SÖ'in kullanımına ilişkin hasta algısı değerlendirilmiştir. Bu çalışmada SÖ'in ağrının tanımlamasına olanak sağladığı, hastaların ihtiyaçlarına dikkat çektiği, sağlık personeli ile hasta arasında iletişim dili oluşturduğu belirtilmiştir. Ancak ağrının tanımlamasında tek başına yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Eriksson ve ark. 2014). Ağrı şiddeti ölçeklerine yönelik bu çalışmalara rastlanmasına rağmen literatürde SÖ'de hasta değerlendirmelerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma öncesi yaptığımız ön çalışma sırasında klinik kullanımda 5, 6, 11(0-10), 11(0-100), 21 ve 101 madde içeren 6 SÖ çeşidi saptadık. Bu ölçeklerin

uygulamasında hastalardan mevcut ağrılarının şiddetini daha önce yaşadıkları ağrı deneyimlerini de düşünerek en iyi tanımlayan sayıyı seçmeleri istenmektedir. SÖ'de "0" değeri ağrı olmadığını gösterirken, en yüksek sayı ise hayal edilebilecek en kötü ağrıyı ifade etmektedir (Paice ve ark. 1997).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışması ameliyat sonrası dönemde ağrının değerlendirilmesinde kullanılan SÖ'e ilişkin hastaların değerlendirmelerini ve değerlendirmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sayısal ağrı ölçeklerinin kolay kullanım, hızlı değerlendirme, hassasiyet, klinik kullanıma uygunluk ve karmaşık bulunma açılarından karşılaştırılması klinik tercih açısından yol gösterici olacaktır. Bu çalışma konuya ilişkin literatüre katkısının yanı sıra hastaların ağrılarının etkin değerlendirilebilmesi ile doğru ağrı tedavi yönteminin seçimine, tedavi başarısının değerlendirilebilmesine ve ameliyat sonrası ağrının hastaların iyileşme sürecine olumsuz etkilerinin önlenmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırma Soruları

- 1) SÖ türlerine ilişkin hasta değerlendirmeleri arasında fark var mıdır?
- 2) Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile SÖ'e ilişkin değerlendirmeleri değişmekte midir?
- 3) SÖ türlerinin klinik kullanımları sırasında tekrarlı ölçümler arasında tutarlılık var mıdır?
- 4) SÖ arasında ilişki var mıdır?
- 5) SÖ'e ilişkin hastaların görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı Nedir

Ağrı Türkçe bir kelimedir. "Divan ü Lügat-it Türk" adlı ilk sözlüğümüzde "ağrımak" ve "ağrıg" kelimeleri bulunmaktadır. Latince ceza, işkence, intikam

anlamında “poena” sözcüğünden köken almaktadır (Düzel 2008; Kılıç ve Öztunç 2012). Albert Schweitzer ağrıyı “ağrı, insanlık için zalim bir hükümdar, hatta ölümden daha korkunçtur” şeklinde tanımlamıştır. Steranbeah’e göre ise ağrı, bireye özgü acı duygusunu, olası doku hasarını gösteren zararlı bir uyarı ve organizmayı zarardan korumaya çalışan bir cevaptır (Büyükyılmaz ve Aşti 2009; Eti Aslan ve Uslu 2014). Evrensel bir deneyim olan ve tanımlanmasında zorlanılan ağrının günümüzde en geçerli tanımını Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (*UAAT-International Association for the Study of Pain*) yapmıştır. UAAT 1994 yılında ağrıyı; “mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan, duysal ve emosyonel bir deneyim” olarak tanımlamıştır (NPC ve JCAHO 2001). Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen bir yapıda olduğu için her zaman öznelidir (Karataş 2010).

2.2. Ağrı Sınıflandırması

Ağrı sınıflaması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrıyı değişik parametrelere göre sınıflamak mümkündür. Ancak en yaygın sınıflama ağrının süresine göre yapılmakta, akut ve kronik ağrı olarak isimlendirilmektedir (Eti-Aslan ve Uslu 2014). Bu sınıflamayla uyumlu olarak Kuzey Amerikan Hemşirelik Birliği (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association) tanıları içerisinde de ağrı; “akut ağrı” ve “kronik ağrı” olarak hemşirelik sürecinde yerini almıştır (Carpenito-Moyet 2012).

Ağrı sınıflandırılmasında UAAT Taksonomi Alt Komitesi ağrıyı beş eksenli taksonomi şeklinde, eksen bazında tanımlamıştır. Bu tanıma göre; birinci eksen ağrının yer aldığı vücut bölgesi ile ilgilidir. İkinci eksen ağrının etkilediği sistemleri, üçüncü eksen oluşum süresini ele alır. Dördüncü eksen hasta ifadesine göre ağrı şiddetini, beşinci eksen ise ağrı etiyolojisini içerir (Raj 2000).

2.2.1. Akut ağrı

Akut ağrı, bir saniyeden daha uzun altı aydan daha kısa süren. bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren bireydeki durumdur. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Başlangıcı ani ve şiddetlidir. Akut ağrı beklenen ve

beklenmeyen olmak üzere ikiye ayrılır. Beklenen ağrı önceden tahmin edilebilen ve koruyucu önlemlerin alınabildiği ağrılardır. Beklenen ağrıya; invaziv girişimleri ve doğum ağrısını örnek verebiliriz. Beklenmeyen ağrılarda önceden önlem alma olanağı bulunmamaktadır (Eti Aslan 2005; Düzel 2008; Eti Aslan ve Uslu 2014).

2.2.2. Kronik ağrı

Kronik ağrı, toplumlarda bireylerin psiko-sosyal durum ve işlevselliklerinin ciddi biçimde bozulması bakımından evrensel bir sorundur. Akut bir hastalıktan veya makul bir iyileşme sürecinden sonra ağrının devam etmesi ile kronik ağrı meydana gelmektedir. Uygun tedaviye rağmen geçmesi gereken sürede geçmeyen ve en az altı ay devam eden durumlarda kronik ağrıdan söz edilir (Sertel-Berk ve Bahadır 2007; Eti Aslan ve Uslu 2014).

2.3. Ağrı Ölçümü ve Değerlendirmesi

Günümüzde ağrı ölçümü ve değerlendirilmesi arasında farklılıklar olduğu belirtilmekte ancak hala bu iki ifade aynı kavramlar gibi kullanılmaktadır. Ölçümde bir ölçme aracı ile ölçüm yapılmakta ve sonuca ulaşılmaktadır. Değerlendirmede ise bu sonuç hakkında yorum yapıp ve karar verilmektedir (Tulunay ve Tulunay 2000). Ağrı tanımından da anlaşıldığı gibi subjektif bir duygudur. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması, hastayı tüm yönleri ile tanımayı, doğru öykü almayı, gözlem yapmayı ve uygun değerlendirme aracı kullanmayı gerektirmektedir (Düzel 2008; Eti Aslan ve Kan Öntürk 2014). Ağrı öyküsü ağrının şiddeti, yeri, yayılımı, süresi, sıklığı, seyri, niteliği, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler, ağrının beraberinde bulunan diğer bulguları, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları bölümlerini içerir (Yücel 2000). Tedavi ve bakım sürecinde ağrının değerlendirilmesi; düzenli aralıklarla her şift değişiminde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde, ameliyat türü ve beklenen ağrı şiddetine göre belirlenen aralıklarla düzenli olarak, her yeni ağrı bildiriminde, analjezik tedavisi öncesinde, doz ve tedavi değişikliklerinde, parenteral analjezik uygulamasından 30 dakika sonra, oral uygulamalardan bir saat sonra ve diğer ağrı giderici işlemlerden sonra mutlaka yapılmalıdır (Deniz ve ark. 2008; Düzel 2008; Eti-Aslan ve Kan Öntürk 2014).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını ifade etmede güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olduğu göz ardı edilmemelidir. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken ya da değişik inanç ve düşüncelerinden dolayı ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirilmeleri ağrının organizma üzerinde olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastalar (Eti-Aslan 2002);

- Yeni doğanlar
- Ciddi psikolojik bozukluğu olanlar
- Yaşı 85’in üzerinde olan hastalar
- Sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanmayanlar
- Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olanlardır.

Ağrısını ifade edemeyecek düzeyde olan bu grup hastalarda ağrı değerlendirmesinde şu yollar izlenmelidir (Eti Aslan 2002);

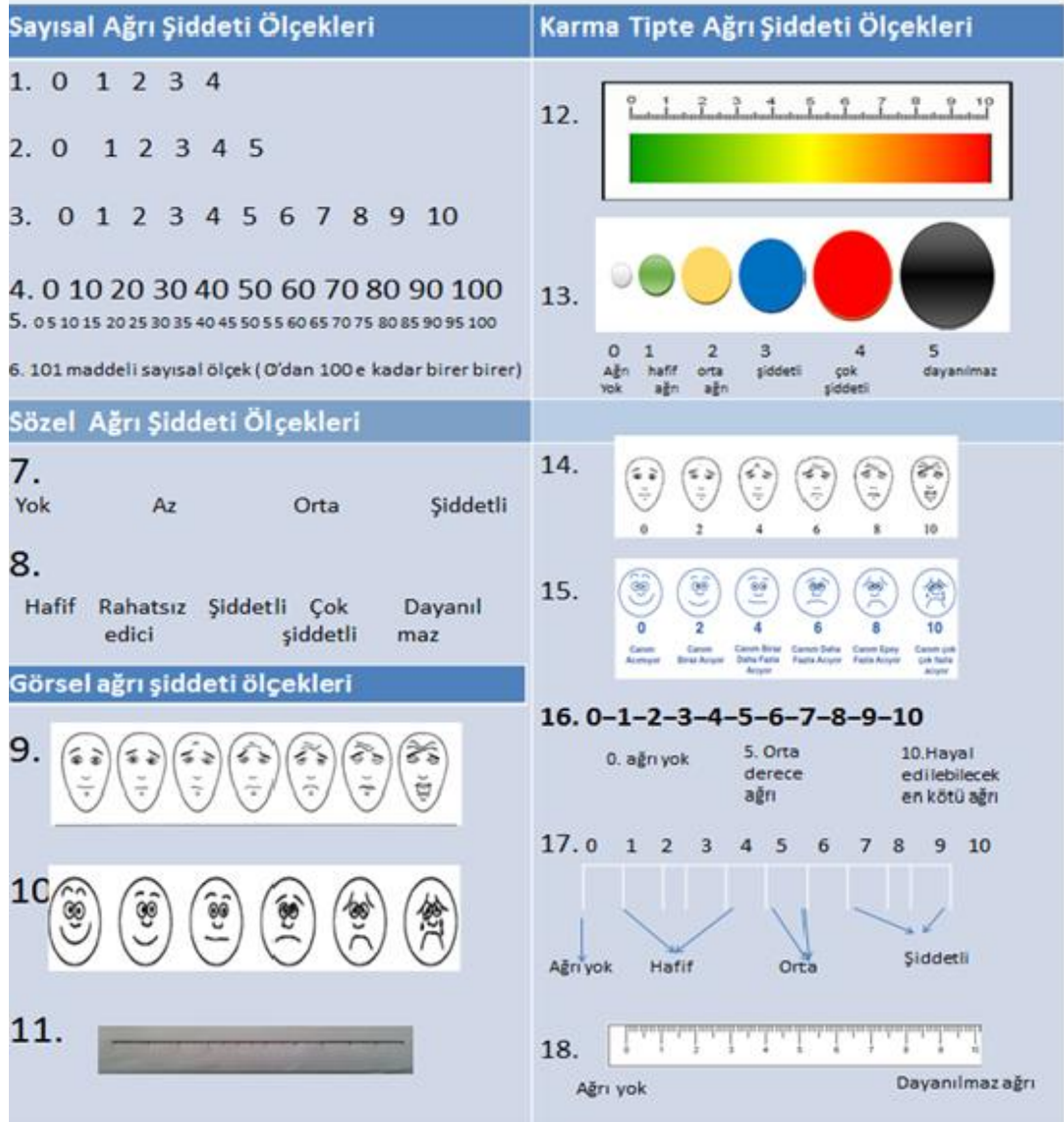
1. Cerrahi travma, fiziksel travma invaziv işlemler ya da yara bakımı gibi ağrıya neden olan durumlar ve işlevleri düşünülmeli.
2. Ağrı belirtisi olabilecek davranışsal belirtiler gözlenmeli.
3. Uygun bulunduğu takdirde ağrı değerlendirmesinde ailenin diğer bireylerinden faydalanılmalıdır.

Ağrının ölçümü ve değerlendirilmesi ağrılı hastanın tanı ve tedavisinde önemli bir basamaktır. Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılarla ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini mümkün olduğunca objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren sağlık bakım profesyonelleri arasındaki farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (Eti Aslan 2002; Eti Aslan ve Kan Öntürk 2014).

2.3.1. Tek boyutlu ölçekler

TBÖ doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler hastaların sayılar, kelimeler, yüz ifadeleri ya da renklerle bildirdiği ağrı şiddetini olabildiğince objektif hale dönüştürmeyi, hasta ve hastanın tedavi ve bakımını sürdüren kişiler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmayı sağlamaktadır. TBÖ arasında Sayısal Ağrı Ölçekleri (SAÖ), Sözel Kategori Ölçekleri (SKÖ), Görsel Kıyaslama Ölçekleri (GKÖ) ve Yüz Ağrı Ölçekleri (YAÖ) sayılabilir (Güzeldemir 1995; Jensen ve ark. 1998; Hicks ve ark. 2001; Eti-Aslan 2002; Karataş 2010; Çelik 2010). Aşağıda oluşturduğumuz şekilde TBÖ'in gruplanmış hali bulunmaktadır (Şekil 1).

AĞRI ŞİDDETI ÖLÇEKLERİ



Şekil 1. Ağrı şiddeti ölçekleri

(Güzeldemir 1995; Jensen 1998; Hicks ve ark. 2001; Eti Aslan 2002; Jenkins ve ark. 2009; Oliveira 2014; Bakal 2014; Wysham ve ark. 2015; Aziato ve ark. 2015; <http://wongbakerfaces.org/> 05.03.2016).

2.3.1.1. Sayısal Ölçekler

SÖ kullanımı kolay ve etkili olduğu için sık kullanılan TBÖ'ü arasındadır (Tandon ve ark. 2016). SÖ ağrı şiddeti ölçümünde geçerli ve güvenilir bulunduğu için klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Li li ve ark. 2007). SÖ 5, 6, 11, 21 ve 101 maddelik ölçek çeşitlerini içerir (Şekil 1). Uygulamada hastalardan ağrı şiddetlerini en iyi tanımlayan sayıyı seçmeleri istenir. Sıfır ağrı olmadığını

gösterirken, en yüksek sayı ise hayal edilebilecek en kötü ağrıyı ifade eder (Judith ve ark. 1997; Paice ve ark. 1997).

2.3.1.2. Sözel kategori ölçekleri

SKÖ basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçeklerde hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesi ile değerlendirme yapılmış olur. Ağrı şiddeti hafif ağrıdan dayanılmaz ağrıya kadar sıralanır (Eti-Aslan 2002). SKÖ genelde 4 ya da 5 maddelik bir ölçek olup hastanın kendi ağrısını ifade eden kelimeyi seçmesi ile değerlendirme yapması istenir. 4 maddelik ölçekte yok, az, orta, şiddetli ifadeleri bulunurken; 5 maddelik ölçekte hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz ifadeleri bulunmaktadır (Edelen ve Salibe 2010) (Şekil 1). Kolay uygulanır. Skorlaması basittir. Geçerli ve inandırıcı düzeydedir. Ağrının çok yönlü özelliğini yansıtmada başarısı yüksektir. Ayrıca yaşlı nüfusta diğer nüfuslara göre daha uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Eti-Aslan 2002; Arkoç 2013; Fakirullahoğlu 2013).

SKÖ'in kullanım dezavantajları ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi durumlar vardır. Ayrıca literatürde SKÖ'nde hastaların uç kelimeler yerine ortada yer alan kelimeleri kullanmaya meyilli oldukları belirtilmektedir (Eti-Aslan 2002; Arkoç 2013; Fakirullahoğlu 2013).

2.3.1.3. Görsel kıyaslama ölçeği

GKÖ ilk defa 1921 yılında Hayes ve Patterson tarafından geliştirilmiştir. Standart GKÖ genel kabulü ile 100 mm'lik bir hattan oluşan yarı boyutlu, sıralı bir ölçektir (Şekil 1). Ölçeğin bilimsel olarak kabul edilen bu standart uzunluğu kolay ve nicel değerlendirme sağlamayı amaçlamaktadır. Duygu durumu ölçmek için ilk olarak kendinden puanlanarak kullanılan GKÖ 1969 yılında Zealley ve Aitken tarafından kullanılmıştır. Ağrılı hastalarda GKÖ ile yapılan çalışmalara bakıldığında yatay olan GKÖ'nin daha çok kullanıldığı görülmüştür (Ahearn 1997). GKÖ çoğunlukla 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey, "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir hattır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş de olabilir. Buna göre "0" ağrının olmadığını belirtirken ortalama GKÖ değerinin 1-4 olması hafif ağrı. 5-6 olması orta şiddette ağrı, 7-10 olması şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Ayrıca ağrı tanımlama için

kullanıldığında hat üzerine yerleştirilen ağrı tanımlayıcı ifadelere de sahip olabilir. GKÖ, tedavi etkilerine karar vermede birçok çalışma için başarılı bir değerlendirme aracı olmuştur (Doğan ve ark. 2010; Ayan ve ark. 2013; Gücü ve ark. 2014; Ahmad ve ark. 2015). Uygulamada hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arası ağrı şiddetine uyan herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu belirtilir. Hastalar şimdiki ağrılarının yerini tutan çizgideki uzaklığı işaretlerler. İşaretledikleri nokta ve ağrı yok arası mesafe santimetre olarak kayda alınır (Li li ve ark. 2007).

GKÖ'nin kullanım sınırlılıklarına bakacak olursak; kavramsal olarak karışık olduğu söylenebilir. Ayrıca bazı hastalar için zor ve soyut bir kavram ifade edebileceği düşünülmektedir. GKÖ'nin kullanımı ile ilgili zorlukların özellikle yaşlı nüfusta yaygın olan anlama eksikliği ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yaşlılarda GKÖ kullanımı halen tartışmalıdır (Briggs ve ark. 1999; Gagliese ve ark. 2005). GKÖ ile ilgili yapılmış araştırmaları incelersek, akut karın ağrısı için GKÖ kullanılarak yapılmış bir çalışmada; GKÖ akut karın ağrısının nicel değerlendirilmesi için ve bu tür klinik ağrılarda önemli değişikliklerin tespiti için uygun bir araç olarak görülmüştür (Gallagher ve ark. 2002). Yaş özellikle GKÖ kullanımında ve uygulanabilirliğinde öncelikli olarak ilişkilidir. Gençlerde ağrı şiddetinin ölçümünde geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, yaşlılar arasında GKÖ kullanımında zorluklar tanımlanmıştır (Gagliese ve ark. 2005). Yaş, sözlü-akıcı anlatım ve kullanılan dili anlama yeteneği GKÖ'yi ve SKÖ'ni hastaların anlamasında oldukça etkilidir (Stuppy 1998).

2.3.1.4. Yüz ağrı ölçeği

YAÖ Bieri ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin çeşitli türlerinde 6.7.9 ya da 11 yüz ifadesi kullanılır. Okuma ve yazma gerektirmediği için kolay bir araçtır ve okuma yazması olmayan bireylerde kullanımı oldukça uygundur. YAÖ hastaların ağrı şiddetini tanımlayan 7 ağrılı yüz ifadesine sahip yatay bir ölçektir (Doğan ve ark. 2010). YAÖ Hicks ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir. Ağrı yoğunluğunu artan düzeyde temsil eden altı yüz ifadesinin görsel tasvirleri kullanılarak ve metrik puanlaması 0-10 şeklinde uyarlanarak kullanım için daha uygun hale getirilmeye çalışılmıştır. YAÖ revize hali ağrı şiddeti değerlendirmesinde yetişkin ve pediatrik popülasyonda yaygın olarak kullanılmaktadır (Hicks ve ark. 2001; Li li ve ark. 2007).

YAÖ görsel olarak tasvir edilen çeşitli yüz ifadelerine dayanır. Ağrı yoğunluğunu ölçmek için yüz ifadelerinin kullanımı ilk olarak çocuklar arasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Daha sonra yetişkinler, yaşlılar ve bilişsel bozukluğu olan hasta popülasyonunda kullanılmak üzere doğrulanmıştır (Jastrzab ve ark. 2009). Hunter ve ark. çalışmasında YAÖ hassas ve seçici bulunmuştur. YAÖ kullanımıyla ilgili çalışmalarında tüm çocuklarda anlamlı ayırım yapma yeteneğine sahip olduklarını düşündüren aykırı bir değer ilk taramalarda bulunmamıştır (Hunter ve ark. 2000).

2.3.2. Çok boyutlu ölçekler

TBÖ'in kullanım sınırlılığı ağrının karmaşık yapısını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar TBÖ'den kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan ÇBÖ geliştirmiştir. ÇBÖ'in ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın. TBÖ'e göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması. bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Ancak kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (Eti Aslan 2002; Eti Aslan 2014).

Ağrı ölçekleri ile ilgili hasta tercihleri üzerine bazı karşılaştırma çalışmaları yapılmıştır. Eriksson ve ark. (2014) ameliyat sonrası dönemde 11 maddelik SAÖ hakkında hasta algısı üzerine yaptıkları çalışmada; hastalara göre SAÖ'nin ağrı yönetiminde önemli olduğu, ağrıları tanımlamaları için SAÖ ile birlikte diyaloga da ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Ek olarak ağrı şiddetine yönelik algı farklılıklarının belirlenmesinin hastaların bireysel bakım gereksinimlerine ilişkin sağlık profesyonellerine yol göstereceği vurgulanmıştır (Eriksson ve ark. 2014).

2.6. Ağrı Değerlendirmede Hemşirenin Rolü

Ağrı yönetiminde çok disiplinli ve/veya disiplinler arası ekip yaklaşımı benimsenmesi gerekmektedir. Çekirdek ekibi hekim, hemşire ve hastanın oluşturduğu, gerektiğinde anestezi uzmanı, fizyoterapist ve diğer sağlık profesyonellerinin de yer aldığı bu ekipte hemşirelerin vazgeçilmez rolleri vardır (Kılıç ve Öztunç

2012). Ağrı değerlendirme ve kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; (Düzel 2008)

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması,
- Hasta ile birlikte çalışırken doğru iletişim becerilerini kullanarak hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması,
- Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması,
- Ağrı ile başa çıkmada farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemleri kullanması,
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi,
- Hasta ile empati kurabilmesidir.

Ağrılı hastaya bakım veren hemşirenin dikkat etmesi gereken noktaları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hasta belirtiyorsa ağrı yaşadığı kabul edilmelidir.
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.
- Ağrının artmasına neden olan durumları saptamalı ve bu nedenleri ortadan kaldıracak hemşirelik girişimlerini planlamalıdır.
- Hastanın daha önce ağrısını gidermede kullandığı yöntemleri sorgulamalıdır.
- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir.
- Nedeni ne olursa olsun ağrının bir “yardım arayışı” olduğu unutulmamalıdır.
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır.
- Hastanın bilgi eksiklikleri saptanmalı ve eğitim planlanmalıdır.

- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlamalıdır.
- Farmakolojik tedaviden önce farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.
- Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalıdır.
- Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hemşirenin, hastayı hazırlaması, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisi ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekmektedir (Düzel 2008; Kılıç ve Öztunç 2012).

Bu süreçte hastanın aktif tutulması uygun ağrı yönetimi için oldukça önemlidir. Özellikle TBÖ'in kullanıldığı ağrı değerlendirmesinde hemşire değerlendirmeyi hasta ile birlikte yapmalıdır. Bu süreçte hastaya kullanılan ölçek açık ve yalın bir dil ile anlatılmalıdır. Hastanın ağrıyı değerlendirmenin amacını önemini ve kullanılan değerlendirme aracının yönetimini kavramış olması gerekir. Ağrı ölçekleri ile ilgili literatür incelendiğinde genellikle TBÖ'in birbiri ile karşılaştırıldığı ve hastaların bunlar arasından tercih ettiği ölçek belirtilmektedir. Türk hastalar arasında yapılan bir çalışmada ağrı şiddetleri ve TBÖ karşılaştırılmış, YAÖ en çok tercih edilen ölçek olarak bulunmuştur (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Erişkin Türk popülasyonunda ağrı şiddeti değerlendirmesinde sık kullanılan ölçeklerin karşılaştırıldığı tez çalışmasında YAÖ'nin en yüksek cevaplama oranına sahip ölçek olduğu bulunmuştur (Karataş 2010). Ameliyat sonrası dönemde farklı ağrı ölçekleri kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcıların analog renkli skalayı daha iyi bir ağrı ifade yöntemi olarak gördükleri belirtilmiştir (Bakal 2014). Başka bir çalışmada ise, SÖ'in diğer TBÖ'e göre (SKÖ. GKÖ) daha düşük hata oranına sahip ve gelecek değerlendirmeler için en doğru, en tercih edilebilir ve en kolay ölçek olduğu belirtilmiştir (Gagliese ve ark. 2005). Görülmektedir ki ameliyat sonrası dönemde uygun ağrı yönetimi için ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekleri hastaların ne kadar anladığı, nasıl yorumladığı ve hastalarda hangi ağrı değerlendirme ölçeğinin kullanıldığı önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ameliyat sonrası dönemde ağrının değerlendirilmesinde kullanılan SÖ'e ilişkin hastaların değerlendirmelerini ve değerlendirmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma Aksaray Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Aksaray Devlet Hastanesi 1928 yılında hizmete başlamış olup 2015 yılı itibari ile fiili yatak sayısı 443'tür. Aksaray Devlet Hastanesi'nde hizmet verilen cerrahi branşlar; genel cerrahi, kalp-damar cerrahi, kulak-burun-boğaz cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi, üroloji, çocuk cerrahisi, kadın hastalıkları cerrahisi, göğüs cerrahisi, göz cerrahisi ve beyin cerrahisidir. Yıllık 37.824 hastaya hizmet verilmektedir. Cerrahi birimlerde bu sayı 18.019'dur. Hastanede görev yapan hekim sayısı 161, hemşire sayısı 390, cerrahi kliniklerde görev yapan hemşire sayısı ise 80'dir (<http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/YatakSayilarininGuncellenmesi.xls.html> (04 Nisan 2016); <http://aksaraydh.saglik.gov.tr>. 04 Nisan 2016).

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Aksaray Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastalar oluşturmuştur. Aksaray Devlet Hastanesi'nde 01.01.2015-31.12.2015 tarihleri arasında ameliyat olan toplam 5670 hasta vardır. Bu sayı araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklem büyüklüğü evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem büyüklüğünü saptamak amacı ile kullanılan formülle 360 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = 360$$

n=örnekleme alınacak birey sayısı,

N =evrendeki birey sayısı (5670),

t =belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96),

p =incelenen olayın görölüş sıklığı (0.5),

q =incelenen olayın görölmeýiş sıklığı (0.5),

d =olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05) (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2000).

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırma kapsamına,

- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumun cerrahi kliniklerinde tedavi gören,
- Değerlendirmeyi bilişsel yönden etkileyebilecek bir hastalık ya da engeli olmayan (Demans, alzheimer gb.)
- Psikiyatrik sorunu olmayan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- İşitsel ve görsel engeli olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve rızası alınan hastalar alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu iki bölümden oluşmaktadır. I. bölümde hastaların tanımlayıcı özelliklerine, II. bölümde konuya ilişkin hastaların ölçeklerle ilgili değerlendirmelerinin, görüşlerinin, her bir ölçek için anket formunun başında ve sonunda ayrı ayrı ağrı şiddetlerinin değerlendirildiği sorular ile toplam 14 soruya yer verilmiştir (Ek-A) (Güzeldemir 1995; Jensen ve ark. 1998; Eti-Aslan 2002; Karataş 2010; Çelik 2010; Eriksson ve ark. 2014). Soru formu araştırmacı tarafından hasta odasında, tedavi hizmetini aksatmayacak zamanlarda, yüz yüze görüşme tekniği ile 01 Temmuz 2016 - 30 Ocak 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Kullanılan SÖ aşağıda yer almaktadır.

5 maddelik ölçek

0 1 2 3 4

6 maddelik ölçek,

0 1 2 3 4 5

11 maddelik ölçek,

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 maddelik ölçek,

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

21 maddelik ölçek,

0 5 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 1
0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0
0

101 maddelik ölçek,

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33
34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50
51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67
68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84
85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

(Güzeldemir 1995; Jensen 1998; Eti Aslan 2002; Jenkins ve ark. 2009; Wysham ve ark. 2015).

3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Aksaray Devlet Hastanesi genel cerrahi, ortopedi, üroloji ve kulak-burun-boğaz cerrahi kliniklerinde ameliyat olan 10 hasta ile soruların yeterliliğini ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma 01 Temmuz 2016 - 30 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra hastaların ameliyata alınma sırası dikkate alınarak örneklem sayısına erişilene kadar uygulamaya devam edilmiştir. Hastalarla ameliyat sonrası birinci ve ikinci günde ağrıları devam ederken anket formu yöneltilmiştir. Anket formu uygulanmadan önce 6 SÖ ile ağrı şiddetleri değerlendirilmiştir. Anket formu uygulandıktan sonra

ağrı Şiddetleri aynı ölçeklerle tekrar değerlendirilmiştir. Her bir hasta için veri toplama sũresi ortalama 20-25 dk sũrmũŐtũr.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız değişkenler

- YaŐ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, daha önce ameliyat olma, Şimdiki ameliyat bũyũklũęũ, tedavi grũlen klinik ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile,
- 5 maddelik ölçek, 6 maddelik ölçek, 11 maddelik (0-10) ve (0-100) arası birimleri olan ölçekler, 21 maddelik ölçek, 101 maddelik ölçek çeŐitlerinden oluŐmuŐtur.

3.9.2. Bağımlı değişkenler

- Ölçeklerin ağrı Şiddeti puanları,
- Kullanımı en kolay olan, en hızlı yanıt verilen, en hassas ölçen, klinik kullanıma en uygun olan ve en karmaşık olan değerlendirme ifadelerinden oluŐmuŐtur.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri sayı, yũzdelik, ortama ve standart sapma ile özetlenmiŐtir. Bağımsız deęiŐkenlere göre bağımlı değişkenler arasında fark olup olmadığı ki-kare, ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayıları 0.00-0.19 ilişki yok ya da önemsenecek dũzeyde ilişki, 0.20-0.39 zayıf ya da dũŐuk ilişki, 0.40-0.69 orta dũzeyde ilişki, 0.70-0.89 kuvvetli ya da yũksek ilişki, 0.90-1.00 çok kuvvetli ilişki olarak yorumlanmıŐtır (Alpar 2012). Tũm analiz sonuçlarının yorumlanmasında %95 gũven dũzeyi, 0.05 yanılma payı dikkate alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Ynũ

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı Aksaray Devlet Hastanesi'nden 11.07.2016 tarih 33527579/799 karar sayılı izni (Ek-B) ile

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.06.2016 tarih ve 2016/613 karar sayılı yazılı izni (Ek-C) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formu (Ek-D) açıklanarak yazılı ve sözlü izinleri alınmıştır.

3.12.Araştırmanın sınırlılıkları

Bazı cerrahi kliniklerinde ameliyat sayısı çok az olduğu, kliniklere özgün kayıtlar yetersiz olduğu ve ameliyat sayıları tespit edilemediği için örneklem tabakalama yöntemine gidilememiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

4.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin değerlendirmelerine yönelik bulgular,

4.3. Sayısal ölçek türleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular,

4.4. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin görüşlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n:360)

Özellikler	n	%
Yaş (x̄:48.3±14.7)		
18-24 (adölesan)	31	8.7
25-44 (genç)	111	30.8
45-59 (orta yaş)	116	32.2
60-74 (yaşlı)	97	26.9
75-80 (ileri yaşlı)	5	1.4
Cinsiyet		
Erkek	197	54.7
Bayan	163	45.3
Medeni durum		
Evli	296	82.2
Bekar	64	17.8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	37	10.3
Okuryazar	88	24.4
İlkokul (ilköğretim I. kademe)	103	28.6
Ortaokul (ilköğretim II. Kademe)	36	10.0
Lise (ortaöğretim)	72	20.0
Lisans ve üzeri*	24	6.7
Çalışma durumu**		
Çalışan	185	51.4
Çalışmayan	175	48.6
Tedavi görülen klinik		
Ortopedi	87	24.2
Genel cerrahi	61	16.9
Üroloji	51	14.2
Kalp damar cerrahi	36	10.0
Kulak-burun-boğaz cerrahisi	32	8.9
Plastik cerrahi	29	8.1
Beyin cerrahi	24	6.7
Göz cerrahisi	21	5.7
Göğüs cerrahisi	19	5.3
Şimdiki ameliyatı***		
Büyük ameliyatlar (C grubu)	197	54.7
Orta ameliyatlar (D grubu)	76	21.1
Küçük ameliyatlar (E grubu)	87	24.2
Daha önce ameliyat olma durumu		
Ameliyat olan	223	61.9
Ameliyat olmayan	137	38.1
Kronik hastalığa sahip olma durumu		
Var	186	51.7
Yok	174	48.3
Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları		
Bilgi almayan	345	95.8
Bilgi alan	15	4.2

*Bu gruptaki katılımcıların 23'ü lisans 1'i yüksek lisans mezunu olup, ön lisans mezunu bulunmamaktadır.

**Bu gruptaki katılımcıların 154'ü ev hanımı, 71'i serbest meslek, 65'i emekli, 33'ü işçi, 19'u diğer meslek gruplarından, 16'sı memur, 2'si işsizdir.

*** T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflamasında yer alan ameliyat gruplamasına göre sınıflanmıştır (<http://www.saglik.gov.tr/TR.10998/cerrahi-mudahale-birimlerinde-uygulanacak-cerrahi-mudahale-listesi-hakinda-genelge200942.html> 07 Haziran 2017).

Tablo 4.1.1’de araştırmamıza katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. Hastalar 18-80 yaş aralığında olup yaş ortalamaları \bar{x} : 48.3±14.7’dir. Katılımcıların yarıdan fazlasını genç ve orta yaş grubu sırasıyla % 30.8, % 32.2 oranı ile oluşturmaktadır. Hastaların % 54.7’sinin erkek, %82.2’sinin evli, çoğunluğunun okuryazar (% 24.4) ya da ilkokul (% 28.6) mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışan (% 51.7) ve çalışmayan (%48.6) katılımcı oranları birbirine yakındır. Hastalar en fazla ortopedi (% 24.2), genel cerrahi (% 16.9), üroloji (% 14.2) ve kalp damar cerrahisi (% 10.0) kliniklerinde tedavi görmekte olup % 54.7’sinin geçirdiği ameliyat büyük, % 21.1’inin orta büyüklükte ve % 24.2’sinin küçüktür. Hastaların % 61.9’u daha önce bir ameliyat geçirmiş ve % 51.7’si ek bir kronik hastalığa sahiptir. Hastaların %95.8’inin araştırmamızdan önce ağrı değerlendirmeye ilişkin hiç bilgi almadığı saptanmıştır.

4.2. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Sayısal ölçeklere ilişkin değerlendirmeler(n:360)

<u>Ölçekler</u>	5 madde		6 madde		11(0-10) madde		11(0-100) madde		21 madde		101 madde	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullanımı kolay olan	214	59.4	73	20.3	44	12.2	21	5.8	3	0.8	5	1.4
En hızlı yanıt verilen	214	59.4	73	20.3	44	12.2	21	5.8	3	0.8	5	1.4
En hassas olan	214	59.4	73	20.3	45	12.5	19	5.3	3	0.8	6	1.7
Kliniğe uygun olan	213	59.2	73	20.3	45	12.5	21	5.8	3	0.8	5	1.4
En karmaşık olan	2	0.5	-	-	1	0.3	-	-	65	18.1	292	81.1

Tablo 4.2.1’de araştırmamıza katılan hastaların ölçeklere ilişkin değerlendirmelerine yönelik bulgular yer verilmiştir. 5 maddelik ölçeği hastaların % 59.4’ü kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen ve % 59.2’si klinik kullanıma en uygun ölçek olarak, 101 maddelik ölçeği ise % 81.1’i en karmaşık ölçek olarak belirtmiştir. 6 maddelik ölçek ve 11 maddelik (0-100) ölçek hiçbir hasta (% 0.0) tarafından karmaşık olarak tanımlanmamıştır. Genel olarak yüzdeler incelendiğinde; hastaların ölçeklerdeki madde sayısı azaldıkça SÖ’i kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ve klinik kullanıma en uygun olarak değerlendirdikleri, madde sayısı arttıkça ise ölçekleri anlamakta zorlandıkları / karmaşık olarak tanımladıkları görülmüştür.

Tablo 4.2.2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kullanımı en kolay sayısal ölçek değerlendirmeleri (n:360)

Tanımlayıcı Özellikler	Ölçekler		5 madde		6 madde		11 madde (0-10)		11 madde (0-100)		21 madde		101 madde		Toplam		X ^{2*}
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Yaş																	
18-24	12	38.7	2	6.5	11	35.5	3	9.7	2	6.5	1	3.2	31	8.7	83.191		
25-44	50	45.0	22	19.8	26	23.4	9	8.1	1	0.9	3	2.7	111	30.8	0.000		
45-59	72	62.1	34	29.3	4	3.4	5	4.3	-	-	1	0.9	116	32.2			
60-74	77	79.4	14	14.4	2	2.1	4	4.1	-	-	-	-	97	26.9			
75 ve üzeri	3	60.0	1	20.0	1	20.0	-	-	-	-	-	-	5	1.4			
Cinsiyet																	
Bayan	99	60.7	30	18.4	16	9.8	12	7.4	1	0.6	5	3.1	163	54.7	9.419		
Erkek	115	58.4	43	21.8	28	14.2	9	4.6	2	1.0	-	-	197	45.3	0.093		
Medeni durum																	
Evli	184	62.2	66	22.3	29	9.8	13	4.4	1	0.3	3	1.0	296	82.2	25.953		
Bekar	30	46.9	7	10.9	15	23.4	8	12.5	2	3.1	2	3.1	64	17.8	0.000		
Eğitim durumu																	
Okuryazar değil	27	73.0	8	21.6	-	-	2	5.4	-	-	-	-	37	10.3	137.236		
Okuryazar	64	72.7	20	22.7	3	3.4	1	1.1	-	-	-	-	88	24.4	0.000		
İlkokul	69	67.0	23	22.3	6	5.8	5	4.9	-	-	-	-	103	28.6			
Ortaokul	20	55.6	6	16.7	6	16.7	3	8.3	-	-	1	2.8	36	10.0			
Lise	23	31.9	16	22.2	23	31.9	9	12.5	-	-	1	1.4	72	20.0			
Lisans ve üzeri.....	11	45.8	-	-	6	25.0	1	4.2	3	12.5	3	12.5	24	6.7			
Çalışma durumu																	
Çalışan	108	58.4	41	22.2	23	12.4	9	4.9	1	0.5	3	1.6	185	51.4	1.905		
Çalışmayan	106	60.6	32	18.3	21	12.0	12	6.9	2	1.1	2	1.1	175	48.6	0.862		
Tedavi görülen klinik																	
Ortopedi	60	69.0	15	17.2	9	10.3	3	3.4	-	-	-	-	87	24.2	84.597		
Üroloji	35	68.6	11	21.6	4	7.8	1	2.0	-	-	-	-	51	16.9	0.000		
Genel cerrahi	32	52.5	18	29.5	4	6.6	6	9.8	-	-	1	1.6	61	14.2			
Kalp damar cerrahi	24	66.7	6	16.7	1	2.8	3	8.3	-	-	2	5.6	36	10.0			
Plastik cerrahi	15	51.7	2	6.9	8	27.6	2	6.9	1	3.4	1	3.4	29	8.9			
Göz cerrahisi	14	66.7	5	23.8	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	8.1			
Göğüs cerrahisi	12	63.2	2	10.5	4	21.1	1	5.3	-	-	-	-	19	6.7			
Beyin cerrahi	12	50.0	10	41.7	-	-	2	8.3	-	-	-	-	24	5.7			
Kulak-burun-boğaz	10	31.3	4	12.5	12	37.5	3	9.4	2	6.3	1	3.1	32	5.3			
Şimdiki ameliyatı																	
Büyük ameliyat	115	58.4	41	20.8	27	13.7	12	6.1	1	0.5	1	0.5	197	54.7	11.000		
Orta ameliyat	43	56.6	15	19.7	11	14.5	4	5.3	2	2.6	1	1.3	76	21.1	0.357		
Küçük ameliyat	56	64.4	17	19.5	6	6.9	5	5.7	-	-	3	3.4	87	24.2			
Daha önce ameliyat olma durumu																	
Ameliyat olan	148	66.4	47	21.1	14	6.3	10	4.5	1	0.4	3	1.3	223	61.9	24.727		
Ameliyat olmayan	66	48.2	26	19.0	30	21.9	11	8.0	2	1.5	2	1.5	137	38.1	0.000		
Kronik hastalığa sahip olma durumu																	
Var	129	69.4	40	21.5	8	4.3	7	3.8	-	-	2	1.1	186	51.7	32.706		
Yok	85	48.9	33	19.0	36	20.7	14	8.0	3	1.7	3	1.7	174	48.3	0.000		
Hastanın ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumu																	
Bilgi almayan	208	60.3	72	20.9	41	11.9	20	5.8	2	0.6	2	0.6	345	95.8	48.645		
Bilgi alan	6	40.0	1	6.7	3	20.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0	15	4.2	0.000		

* Pearson ki-kare

Tablo 4.2.2’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kullanımı en kolay ölçek değerlendirmelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; yaş, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile kullanımı en kolay ölçek değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), cinsiyet, çalışma durumu, araştırmanın uygulaması öncesinde geçirdiği ameliyatın büyüklüğü ile ölçeklerin kullanımını kolay değerlendirmeleri arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p\geq 0.05$).

Anlamlı fark bulunan özellikler incelendiğinde; hastaların yaşları arttıkça kullanımı en kolay ölçek bakımından daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri seçme oranlarının arttığı, bütün yaş gruplarında en az madde sayısına sahip 5 maddelik ölçeği seçme yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. 45 yaş ve üzerinin 21 maddelik ölçeği, 60 yaş ve üzerinin 21 ve 101 maddelik ölçekleri, 75 yaş ve üzerinin 11 (0-100), 21 ve 101 maddelik ölçekleri kullanımı en kolay ölçek olarak hiç (% 0.0) tercih etmedikleri belirlenmiştir.

Medeni durum değişkenine göre kullanımı en kolay ölçek değerlendirmesi dağılımına bakıldığında, evli olan hastalarda % 62.2 ile 5 maddelik ölçeği tercih etme oranının en yüksek olduğu ve madde sayısı arttıkça tercihlerinin azaldığı, bekar hastalarda ise dağılımın % 46.9 ile 5 maddelik ve % 23.4 ile 11 maddelik (0-10) ölçeklerde yüksek olduğu, bekarların evlilere göre daha çok madde sayısı içeren ölçek tercihlerinin arttığı görülmüştür.

Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça kullanımı en kolay ölçek değerlendirmesi bakımından daha az madde içeren ölçekleri seçme oranlarının arttığı, her eğitim grubunun kendi içinde 5 maddelik ölçeği seçme yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunlarının çoğunluğunun 5 maddelik ölçeği kullanımı en kolay ölçek olarak değerlendirdikleri, 21 ve 101 maddelik ölçekleri ise hiç (% 0.0) tercih etmedikleri bulunmuştur. Ortaokul ve lise mezunlarının 21 maddelik ölçeği hiç (% 0.0) tercih etmedikleri görülmüştür. Lisans ve üzerinde eğitime sahip olanların ise daha çok madde sayısına sahip ölçeklere de kullanımı en kolay ölçek olarak yöneldikleri saptanmıştır.

Hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre kullanımı en kolay ölçek değerlendirmesi dağılımlarında kulak-burun-boğaz kliniği hariç diğer kliniklerin tamamında 5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Kulak-burun-boğaz kliniğinde tedavi gören hastaların % 37.5'inin diğer kliniklerden farklı olarak ile 11(0-10) maddelik ölçeği kullanımı en kolay ölçek olarak tercih ettikleri saptanmıştır.

Hastalardan daha önce ameliyat olanların kullanımı en kolay olarak 5 (%66.4) ve 6 (% 21.5) maddelik ölçeklere yönelimlerinin yüksek olduğu, ilk defa ameliyat olanların ise 5 (% 48.2), 6 (% 19.0) ve 11 (0-10) (% 20.7) maddelik ölçeklere yöneldikleri, ancak oransal olarak azalmakla birlikte tüm ölçek türlerini seçtikleri saptanmıştır.

Kronik bir hastalığın varlığı ile 5 maddelik ölçeği kullanımı en kolay ölçek (%69.4) değerlendirmelerinde anlamlı olarak artan bir oran görülürken, kronik hastalığı olmayanların 5 (% 48.9), 6 (% 19.0) ve 11 (0-10) (% 20.7) maddelik ölçekleri kullanımı en kolay ölçek olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almayanların 5 (% 60.3) ve 6 (% 20.9) maddelik ölçekleri kullanımı en kolay ölçek olarak değerlendirdikleri, bilgi verilen hastaların ise 5 (%40.0), 11 (0-10) (% 20.0) ve 101 (% 20.0) maddelik ölçekleri kullanımı en kolay ölçek olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en hızlı yanıt verilen sayısal ölçek değerlendirmeleri(n:360)

Tanımlayıcı Özellikler	5 madde		6 madde		11 madde (0-10)		11 madde (0-100)		21 madde		101 madde		Toplam		X ^{2*} p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş															
18-24	12	38.7	2	6.5	11	35.5	3	9.7	2	6.5	1	3.2	31	8.7	83.191
25-44	50	45.0	22	19.8	26	23.4	9	8.1	1	0.9	3	2.7	111	30.8	0.000
45-59	72	62.1	34	29.3	4	3.4	5	4.3	-	-	1	0.9	116	32.2	
60-74	77	79.4	14	14.4	2	2.1	4	4.1	-	-	-	-	97	26.9	
75 ve üzeri	3	60.0	1	20.0	1	20.0	-	-	-	-	-	-	5	1.4	
Cinsiyet															
Bayan	99	60.7	30	18.4	16	9.8	12	7.4	1	0.6	5	3.1	163	54.7	9.419
Erkek	115	58.4	43	21.8	28	14.2	9	4.6	2	1.0	-	-	197	45.3	0.093
Medeni durum															
Evli	184	62.2	66	22.3	29	9.8	13	4.4	1	0.3	3	1.0	296	82.2	25.953
Bekar	30	46.9	7	10.9	15	23.4	8	12.5	2	3.1	2	3.1	64	17.8	0.000
Eğitim durumu															
Okuryazar değil	27	73.0	8	21.6	-	-	2	5.4	-	-	-	-	37	10.3	137.236
Okuryazar	64	72.7	20	22.7	3	3.4	1	1.1	-	-	-	-	88	24.4	0.000
İlkokul	69	67.0	23	22.3	6	5.8	5	4.9	-	-	-	-	103	28.6	
Ortaokul	20	55.6	6	16.7	6	16.7	3	8.3	-	-	1	2.8	36	10.0	
Lise	23	31.9	16	22.2	23	31.9	9	12.5	-	-	1	1.4	72	20.0	
Lisans ve üzeri.....	11	45.8	-	-	6	25.0	1	4.2	3	12.5	3	12.5	24	6.7	
Çalışma durumu															
Çalışan	108	58.4	41	22.2	23	12.4	9	4.9	1	0.5	3	1.6	185	51.4	1.905
Çalışmayan	106	60.6	32	18.3	21	12.0	12	6.9	2	1.1	2	1.1	175	48.6	0.862
Tedavi görülen klinik															
Ortopedi	60	69.0	15	17.2	9	10.3	3	3.4	-	-	-	-	87	24.2	84.597
Üroloji	35	68.6	11	21.6	4	7.8	1	2.0	-	-	-	-	51	16.9	0.000
Genel cerrahi	32	52.5	18	29.5	4	6.6	6	9.8	-	-	1	1.6	61	14.2	
Kalp damar cerrahi	24	66.7	6	16.7	1	2.8	3	8.3	-	-	2	5.6	36	10.0	
Plastik cerrahi	15	51.7	2	6.9	8	27.6	2	6.9	1	3.4	1	3.4	29	8.9	
Göz cerrahisi	14	66.7	5	23.8	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	8.1	
Göğüs cerrahisi	12	63.2	2	10.5	4	21.1	1	5.3	-	-	-	-	19	6.7	
Beyin cerrahi	12	50.0	10	41.7	-	-	2	8.3	-	-	-	-	24	5.7	
Kulak-burun-boğaz	10	31.3	4	12.5	12	37.5	3	9.4	2	6.3	1	3.1	32	5.3	
Şimdiki ameliyatı															
Büyük ameliyat	115	58.4	41	20.8	27	13.7	12	6.1	1	0.5	1	0.5	197	54.7	11.000
Orta ameliyat	43	56.6	15	19.7	11	14.5	4	5.3	2	2.6	1	1.3	76	21.1	0.357
Küçük ameliyat	56	64.4	17	19.5	6	6.9	5	5.7	-	-	3	3.4	87	24.2	
Daha önce ameliyat olma durumu															
Ameliyat olan	148	66.4	47	21.1	14	6.3	10	4.5	1	0.4	3	1.3	223	61.9	24.727
Ameliyat olmayan	66	48.2	26	19.0	30	21.9	11	8.0	2	1.5	2	1.5	137	38.1	0.000
Kronik hastalığa sahip olma durumu															
Var	129	69.4	40	21.5	8	4.3	7	3.8	-	-	2	1.1	186	51.7	32.706
Yok	85	48.9	33	19.0	36	20.7	14	8.0	3	1.7	3	1.7	174	48.3	0.000
Hastanın ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumu															
Bilgi almayan	208	60.3	72	20.9	41	11.9	20	5.8	2	0.6	2	0.6	345	95.8	48.645
Bilgi alan	6	40.0	1	6.7	3	20.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0	15	4.2	0.000

* Pearson ki-kare

Tablo 4.2.3’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en hızlı yanıt verilen ölçek değerlendirmelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; yaş, medeni durum, eğitim durumu, tedavi gördüğü klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma, ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile SÖ’e en hızlı yanıt verilebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), cinsiyet, çalışma durumu ve mevcut ameliyatının büyüklüğünün ise SÖ’e hızlı yanıt verilebilmesi ile ilgili değerlendirmeyi etkilemediği saptanmıştır ($p\geq 0.05$).

Anlamlı fark bulunan hasta özellikleri incelendiğinde; hastaların yaşları arttıkça en hızlı yanıt verilen ölçek bakımından daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri seçme durumlarının arttığı ve tüm yaş gruplarında 5 maddelik ölçeği daha yüksek oranlarda hızlı yanıt verme açısından tercih ettikleri görülmüştür. 60-74 yaş aralığındaki hastaların en hızlı yanıt verilen ölçek olarak 5 maddelik ölçeği tercih etme oranı % 79.4 ile en yüksek bulunmuştur. 45 yaş ve üzerinin 21 maddelik ölçeği, 60 yaş ve üzerinin 21 ve 101 maddelik ölçekleri, 75 yaş ve üzerinin 11 (0-100), 21 ve 101 maddelik ölçekleri en hızlı yanıt verilebilen ölçek olarak hiç (% 0.0) tercih etmedikleri saptanmıştır.

Medeni durum değişkenine göre en hızlı yanıt verilen ölçek değerlendirmesi dağılımına bakıldığında, evli olan hastaların % 62.2 ile bekar olan hastaların da % 46.9 ile 5 maddelik ölçeği tercih etme oranı en yüksek olmakla birlikte madde sayısı daha fazla olan ölçekleri bekarların evlilere oranla daha hızlı yanıt verilebilir buldukları ortaya çıkmıştır.

Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça en hızlı yanıt verilen ölçek bakımından sayısal olarak daha düşük maddeli ölçekleri seçme oranlarının arttığı, her eğitim grubunda kendi içinde 5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayan (% 73.0), okuryazar (% 72.7) ve ilkökul mezunu olanların en hızlı yanıt verilen ölçek olarak 5 maddelik ölçeği tercih etme oranları en yüksekken, 21 ve 101 maddelik ölçekleri hiç tercih etmedikleri saptanmıştır. Ortaokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastalarda ise daha fazla madde sayısı içeren ölçeklerin de hızlı yanıt verilebilme açısından tercih edildiği görülmüştür.

Hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre en hızlı yanıt verilen ölçek değerlendirmesi dağılımlarında kulak-burun-boğaz kliniği hariç diğer tüm kliniklerde

5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ortopedi, üroloji, göz cerrahisi, göğüs cerrahisi ve beyin cerrahisi kliniklerinde tedavi olan hastalar 21 ve 101 maddelik ölçekleri hızlı yanıt verebilme açılarından hiç tercih etmemiştir. Kulak-burun-boğaz kliniğinde tedavi gören hastaların % 37.5'inin diğer kliniklerden farklı olarak 11 (0-10) maddelik ölçeği tercih etme oranları daha yüksek bulunmuştur.

Hastalardan daha önce ameliyat olan ve kronik hastalığı bulunanların 5 maddelik ölçeği en hızlı yanıt verilebilir buldukları, ilk defa ameliyat olan ve kronik hastalığı olmayanların ise daha fazla madde sayısına sahip ölçekleri hızlı yanıt verebilme açısından tercih oranlarının yükseldiği dikkati çekmiştir.

Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almayan hastaların en hızlı yanıt verilen ölçek olarak 5 (% 60.3) ve 6 (% 20.9) maddelik ölçekleri tercih ettikleri, bilgi verilen hastaların ise 5 (% 40.0), 11 (0-10) (% 20.0) ve 101 (% 20.0) maddelik ölçekleri tercih ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en hassas ölçek değerlendirmeleri**(n:360)**

Tanımlayıcı Özellikler	5 madde		6 Madde		11 madde (0-10)		11 madde (0-100)		21 madde		101 madde		Toplam		X ^{2*} p
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş															
18-24	12	38.7	2	6.5	12	38.7	2	6.5	2	6.5	1	3.1	31	8.7	85.330
25-44	50	45.0	22	19.8	26	23.4	9	8.2	1	0.9	3	2.7	111	30.8	0.000
45-59	72	62.1	34	29.3	4	3.4	4	3.4	-	-	2	1.7	116	32.2	
60-74	77	79.4	14	14.4	2	2.1	4	4.1	-	-	-	0.0	97	26.9	
75 ve üzeri	3	60.0	1	20.0	1	20.0	-	-	-	-	-	0.0	5	1.4	
Cinsiyet															
Bayan	99	60.7	30	18.4	17	10.4	11	6.7	1	0.6	5	3.2	163	54.7	6.521
Erkek	115	58.4	43	21.8	28	14.2	8	4.1	2	1.0	1	0.5	197	45.3	0.259
Medeni durum															
Evli	184	62.2	66	22.3	29	9.8	12	4.1	1	0.3	4	1.4	296	82.2	25.770
Bekar	30	46.9	7	10.9	16	25.0	7	10.9	2	3.1	2	3.1	64	17.8	0.000
Eğitim durumu															
Okuryazar değil	27	73.0	8	21.6	-	-	2	5.4	-	-	-	-	37	10.3	131.857
Okuryazar	64	72.7	20	22.7	3	3.5	1	1.1	-	-	-	-	88	24.4	0.000
İlkokul	69	67.0	23	22.3	6	5.8	5	4.9	-	-	-	-	103	28.6	
Ortaokul	20	55.6	6	16.7	7	19.4	2	5.6	-	-	1	2.8	36	10.0	
Lise	23	31.9	16	22.2	23	31.9	8	11.1	-	-	2	2.9	72	20.0	
Lisans ve üzeri.....	11	45.8	-	-	6	25.0	1	4.2	3	12.5	3	12.5	24	6.7	
Çalışma durumu															
Çalışan	108	58.4	41	22.2	23	12.4	8	4.3	1	0.5	4	2.2	185	51.4	2.348
Çalışmayan	106	60.6	32	18.3	22	12.6	11	6.3	2	1.1	2	1.1	175	48.6	0.799
Tedavi görülen klinik															
Ortopedi	60	69.0	15	17.2	9	10.3	2	2.3	-	-	1	1.2	87	24.2	86.372
Üroloji	35	68.6	11	21.6	4	7.8	1	2.0	-	-	-	-	51	16.9	0.000
Genel cerrahi	32	52.5	18	29.5	4	6.6	6	9.8	-	-	1	1.6	61	14.2	
Kalp damar cerrahi	24	66.7	6	16.7	1	2.8	3	8.3	-	-	2	5.5	36	10.0	
Plastik cerrahi	15	51.7	2	6.9	8	27.6	2	6.9	1	3.4	1	3.4	29	8.9	
Göz cerrahisi	14	66.7	5	23.8	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	8.1	
Göğüs cerrahisi	12	63.2	2	10.5	4	21.1	1	5.3	-	-	-	-	19	6.7	
Beyin cerrahi	12	50.0	10	41.7	-	-	2	8.3	-	-	-	-	24	5.7	
Kulak-burun-boğaz	10	31.2	4	12.5	13	40.6	2	6.2	2	6.2	1	3.1	32	5.3	
Şimdiki ameliyatı															
Büyük ameliyat	115	58.4	41	20.8	27	13.7	11	5.6	1	0.5	2	1.0	197	54.7	8.657
Orta ameliyat	43	56.6	15	19.7	11	14.5	4	5.3	2	2.6	1	1.3	76	21.1	0.565
Küçük ameliyat	56	64.4	17	19.5	7	8.0	4	4.6	-	-	3	3.4	87	24.2	
Daha önce ameliyat olma durumu															
Ameliyat olan	148	66.4	47	21.1	14	6.3	10	4.5	1	0.4	3	1.3	223	61.9	25.161
Ameliyat olmayan	66	48.2	26	19.0	31	22.6	9	6.6	2	1.5	3	2.2	137	38.1	0.000
Kronik hastalığa sahip olma durumu															
Var	129	69.4	40	21.5	8	4.3	7	3.8	-	-	2	1.1	186	51.7	33.026
Yok	85	48.9	33	19.0	37	21.3	12	6.9	3	1.7	4	2.3	174	48.3	0.000
Hastanın ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumu															
Bilgi almayan	208	60.3	72	20.9	41	11.9	20	5.8	2	0.6	2	0.6	345	95.8	41.144
Bilgi alan	6	40.0	1	6.7	3	20.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0	15	4.2	0.000

*Pearson ki kare

Tablo 4.2.4’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ağrılarını en hassas ölçtüğünü düşündükleri ölçek değerlendirmelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; yaş, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile en hassas ölçüm yapan ölçek değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$), cinsiyet, çalışma durumu ve geçirdiği ameliyatın büyüklüğü ile en hassas ölçek değerlendirmeleri ile SÖ arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p \geq 0.05$).

Anlamlı fark görülen özellikler incelendiğinde hastaların yaşları arttıkça en hassas ölçen ölçek değerlendirmelerine ilişkin daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı, tüm yaş gruplarında 5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. 45 yaş ve üzerindeki hastaların neredeyse tamamının 21 ve 101 maddelik ölçekleri hassas ölçüm açısından tercih etmedikleri belirlenmiştir.

Medeni durum değişkenine göre en hassas ölçek değerlendirmeleri dağılımına bakıldığında, evli olan hastaların % 62.2 ile 5 maddelik ölçeği tercih etme oranı en yüksek bulunmuştur. Bekar hastaların evli olanlara göre daha çok madde sayısı içeren ölçekleri hassas ölçüm açısından tercih etme oranlarının arttığı dikkati çekmiştir.

Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça en hassas ölçek bakımından daha az madde içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı görülmüştür. Lise mezunlarının hassas ölçüm açısından 5 (% 31.9) ve 11 (0-10) (% 31.9) maddelik ölçekleri, lisans ve üzeri eğitime sahip olanların ise diğer gruplara oranla madde sayısı fazla olan ölçekleri daha hassas ölçüm yaptığı doğrultusunda tercih ettikleri saptanmıştır. Okur yazar olmayan, okuryazar, ilkokul düzeyinde eğitime sahip hastaların 21 ve 101 maddelik ölçekleri hiç (% 0.0) hassas bulmadıkları belirlenmiştir.

Hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre en hassas ölçek değerlendirmeleri dağılımlarında kulak-burun-boğaz kliniği hariç diğer tüm kliniklerde 5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Kulak-burun-boğaz kliniğinde tedavi gören hastaların diğer kliniklerden farklı olarak % 40.6 ile 11(0-10) maddelik ölçeği tercih etme oranları daha yüksek bulunmuştur. Ortopedi, üroloji, göz, göğüs

ve beyin cerrahi kliniklerinde 21 ve 101 maddelik ölçeklerin hiç (% 0.0) hassas bulunmadığı saptanmıştır.

Hastalardan daha önce ameliyat olan (% 66.4) ve kronik hastalığı bulunanların (% 69.4) en hassas ölçüm yapan ölçek olarak 5 maddelik ölçeği tercih ettikleri saptanmıştır. Ameliyat ve kronik hastalık öyküsü olmayan hastalarında en hassas buldukları ölçek 5 maddelik ölçek olmakla birlikte daha çok madde sayısı içeren ölçekleri hassas bulma oranlarının ameliyat ve kronik hastalık öyküsü olanlara göre arttığı saptanmıştır.

Daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almayan hastaların en hassas ölçen ölçek olarak 5 (% 60.3) ve 6 (% 20.9) maddelik ölçekleri, ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi verilen hastaların ise 5 (% 40.0), 11 (0-10) (% 20.0) ve 101 (% 20.0) maddelik ölçekleri tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre klinik kullanıma en uygun ölçek değerlendirmeleri (n:360)

Tanımlayıcı Özellikler	5 madde		6 madde		11 madde (0-10)		11 madde (0-100)		21 madde		101 madde		Toplam		X ^{2*} p
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş															
18-24	12	38.7	2	6.5	11	35.5	3	9.7	2	6.5	1	3.2	31	8.7	80.116
25-44	50	45.0	22	19.8	26	23.4	9	8.1	1	0.9	3	2.7	111	30.8	0.000
45-59	72	62.1	34	29.3	4	3.4	5	4.3	-	-	1	0.9	116	32.2	
60-74	76	78.4	14	14.4	3	3.1	4	4.1	-	-	-	-	97	26.9	
75 ve üzeri	3	60.0	1	20.0	1	20.0	-	-	-	-	-	-	5	1.4	
Cinsiyet															
Bayan	98	60.1	30	18.4	17	10.4	12	7.4	1	0.6	5	3.1	163	54.7	8.992
Erkek	115	58.4	43	21.8	28	14.2	9	4.6	2	1.0	1	0.5	197	45.3	0.259
Medeni durum															
Evli	183	61.8	66	22.3	30	10.1	13	4.4	1	0.3	3	1.0	296	82.2	25.311
Bekar	30	46.9	7	10.9	15	23.4	8	12.5	2	3.1	2	3.1	64	17.8	0.000
Eğitim durumu															
Okuryazar değil	26	70.3	8	21.6	1	2.7	2	5.4	--	-	-	-	37	10.3	134.23
Okuryazar	64	72.7	20	22.7	3	3.4	1	1.1	-	-	-	-	88	24.4	3
İlkokul	69	67.0	23	22.3	6	5.8	5	4.9	-	-	-	-	103	28.6	0.000
Ortaokul	20	55.6	6	16.7	6	16.7	3	8.3	-	-	1	2.8	36	10.0	
Lise	23	31.9	16	22.2	23	31.9	9	12.5	-	-	1	1.4	72	20.0	
Lisans ve üzeri.....	11	45.8	-	-	6	25.0	1	4.2	3	12.5	3	12.5	24	6.7	
Çalışma durumu															
Çalışan	108	58.4	41	22.2	23	12.4	9	4.9	1	0.5	3	1.6	185	51.4	1.860
Çalışmayan	105	60.0	32	18.3	22	12.6	12	6.9	2	1.1	2	1.1	175	48.6	0.868
Tedavi görülen klinik															
Ortopedi	60	69.0	15	17.2	9	10.3	3	3.4	-	-	-	-	87	24.2	83.388
Üroloji	35	68.6	11	21.6	4	7.8	1	2.0	-	-	-	-	51	16.9	0.000
Genel cerrahi	31	50.8	18	29.5	5	8.2	6	9.8	-	-	1	1.6	61	14.2	
Kalp damar cerrahi	24	66.7	6	16.7	1	2.8	3	8.3	-	-	2	5.6	36	10.0	
Plastik cerrahi	15	51.7	2	6.9	8	27.6	2	6.9	1	3.4	1	3.4	29	8.9	
Göz cerrahisi	14	66.7	5	23.8	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	8.1	
Göğüs cerrahisi	12	63.2	2	10.5	4	21.1	1	5.3	-	-	-	-	19	6.7	
Beyin cerrahi	12	50.0	10	41.7	-	-	2	8.3	-	-	-	-	24	5.7	
Kulak-burun-boğaz	10	31.2	4	12.5	12	37.5	3	9.4	2	6.2	1	3.1	32	5.3	
Şimdiki ameliyatı															
Büyük ameliyat	115	58.4	41	20.8	27	13.7	12	6.1	1	0.5	1	0.5	197	54.7	10.009
Orta ameliyat	43	56.6	15	19.7	11	14.5	4	5.3	2	2.6	1	1.3	76	21.1	0.440
Küçük ameliyat	55	63.2	17	19.5	7	8.0	5	5.7	-	-	3	3.4	87	24.2	
Daha önce ameliyat olma durumu															
Ameliyat olan	148	66.4	47	21.1	14	6.3	10	4.5	1	0.4	3	1.3	223	61.9	26.346
Ameliyat olmayan	65	47.4	26	19.0	31	22.6	11	8.0	2	1.5	2	1.5	137	38.1	0.000
Kronik hastalığa sahip olma durumu															
Var	128	68.8	40	21.5	9	4.8	7	3.8	-	-	2	1.1	186	51.7	30.719
Yok	85	48.9	33	19.0	36	20.7	14	8.0	3	1.7	3	1.7	174	48.3	0.000
Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumu															
Bilgi almayan	207	60.0	72	20.8	42	12.2	20	5.8	2	0.6	2	0.6	345	95.8	48.551
Bilgi alan	6	40.0	1	6.7	3	20.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0	15	4.2	0.000

*Pearson ki kare

Tablo 4.2.5’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre klinik kullanım açısından en uygun buldukları SÖ’e ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; yaş, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile klinik kullanıma en uygun ölçek değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), cinsiyet, çalışma durumu, ameliyatın büyüklüğü ile ölçekleri klinik kullanıma uygun bulma arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p\geq 0.05$).

Anlamlı fark bulunan özellikler incelendiğinde; hastaların yaşları arttıkça klinik kullanıma en uygun ölçek olarak daha az madde sayısı olan ölçekleri seçme oranlarının arttığı, tüm yaş gruplarında en fazla 5 maddelik ölçeği tercih ettikleri belirlenmiştir. 45 yaş ve üzerindeki hastaların 21 ve 101 maddelik ölçekleri neredeyse hiç klinik kullanıma uygun bulmadıkları saptanmıştır.

Medeni durum değişkenine göre klinik kullanıma uygun ölçek değerlendirmeleri dağılımına bakıldığında, evli olan hastaların % 61.8 ile 5 maddelik ölçeği tercih etme oranı en yüksek bulunmuştur. Bekar olanların madde sayısı fazla olan ölçekleri evli olanlara oranla klinik kullanıma daha uygun buldukları saptanmıştır.

Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça klinik kullanıma en uygun ölçek tercihlerinin daha düşük madde sayısı içeren ölçekler yönünde arttığı belirlenmiştir. Lise mezunlarının klinik kullanıma uygun ölçek olarak 5 maddelik (% 31.9) ve 11 (0-10) maddelik (%31.9) ölçekleri tercih ettikleri, lisans ve lisansüstü 11 (0-10), 21 ve 101 maddelik ölçekleri klinik kullanıma uygun bulma oranlarının diğerlerinden dikkati çeken şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunu olanların 21 ve 101 maddelik ölçekleri klinik kullanıma hiç (%0.0) uygun bulmadıkları belirlenmiştir.

Hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre klinik kullanıma uygun ölçek değerlendirmeleri dağılımlarında kulak-burun-boğaz kliniği hariç tüm kliniklerde 5 maddelik ölçeği seçme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Kulak-burun-boğaz kliniğinde tedavi gören hastaların % 37.5’i 11 (0-10) maddelik ölçeğin klinik kullanıma en uygun olduğunu belirtmiştir. Ortopedi, üroloji, göz, göğüs ve beyin

cerrahi kliniklerinde 21 ve 101 maddelik ölçekleri klinik kullanıma hiç (% 0.0) uygun bulmadıkları dikkati çekmiştir.

Hastalardan daha önce ameliyat olan ve kronik hastalığı bulunanların, ilk kez ameliyat olan ve kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre madde sayısı düşük ölçekleri klinik kullanıma uygun buldukları saptanmıştır.

Daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almayan hastaların klinik kullanıma en uygun ölçek olarak 5 (% 60.9) ve 6 (% 20.9) maddelik ölçekleri, ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi verilen hastaların ise 5 (% 40.0), 11 (0-10) (% 20.0) ve 101 (% 20.0) maddelik ölçekleri tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en karmaşık ölçek değerlendirmeleri (n:360)

Tanımlayıcı Özellikler	Ölçekler		5 madde		6 madde		11 madde (0-10)		11 madde (0-100)		21 madde		101 madde		Toplam		X ^{2*}	p
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş																		
18-24	-	-	-	-	1	3.2	-	-	3	9.7	27	87.1	31	8.7	21.648			
25-44	2	1.8	-	-	-	-	-	-	27	24.3	82	73.9	111	30.8	0.042			
45-59	-	-	-	-	-	-	-	-	21	18.1	95	81.9	116	32.2				
60-74	-	-	-	-	-	-	-	-	14	14.4	83	85.6	97	26.9				
75 ve üzeri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100	5	1.4				
Cinsiyet																		
Bayan	2	1.2	-	-	1	0.6	-	-	27	16.6	133	81.7	163	54.7	4.001			
Erkek	-	-	-	-	-	-	-	-	38	19.3	159	80.7	197	45.3	0.261			
Medeni durum																		
Evli	1	0.3	-	-	1	0.3	-	-	53	17.9	241	81.5	296	82.2	1.677			
Bekar	1	1.6	-	-	-	-	-	-	12	18.8	51	79.7	64	17.8	0.642			
Eğitim durumu																		
Okuryazar değil	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8.1	34	91.9	37	10.3	44.137			
Okuryazar	-	-	-	-	-	-	-	-	11	12.5	77	87.5	88	24.4	0.000			
İlkokul	-	-	-	-	-	-	-	-	22	21.4	81	78.6	103	28.6				
Ortaokul	-	-	-	-	1	2.8	-	-	7	19.4	28	77.8	36	10.0				
Lise	-	-	-	-	-	-	-	-	17	23.6	55	76.4	72	20.0				
Lisans ve üzeri.....	2	8.3	-	-	-	-	-	-	5	20.8	17	70.9	24	6.7				
Çalışma durumu																		
Çalışan	2	1.1	-	-	-	-	-	-	36	19.5	147	79.5	185	51.4	3.492			
Çalışmayan	-	-	-	-	1	0.6	-	-	29	16.6	145	82.9	175	48.6	0.322			
Tedavi görülen klinik																		
Ortopedi	-	-	-	-	-	-	-	-	20	23.0	67	77.0	87	24.2	31.136			
Üroloji	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9.8	46	90.2	51	16.9	0.150			
Genel cerrahi	-	-	-	-	-	-	-	-	15	24.6	46	75.4	61	14.2				
Kalp damar cerrahi	1	2.8	-	-	1	2.8	-	-	5	13.9	29	80.5	36	10.0				
Plastik cerrahi	-	-	-	-	-	-	-	-	7	24.1	22	75.9	29	8.9				
Göz cerrahisi	-	-	-	-	-	-	-	-	4	19.0	17	81.0	21	8.1				
Göğüs cerrahisi	-	-	-	-	-	-	-	-	4	21.1	15	78.9	19	6.7				
Beyin cerrahi	-	-	-	-	-	-	-	-	5	20.8	19	79.2	24	5.7				
Kulak-burun-boğaz	1	3.1	-	-	-	-	-	-	-	-	31	96.9	32	5.3				
Şimdiki ameliyatı																		
Büyük ameliyat	-	-	-	-	-	-	-	-	40	20.3	157	79.7	197	54.7	10.987			
Orta ameliyat	-	-	-	-	-	-	-	-	13	17.1	63	82.9	76	21.1	0.089			
Küçük ameliyat	2	2.3	-	-	1	1.1	-	-	12	13.8	72	82.8	87	24.2				
Daha önce ameliyat olma durumu																		
Ameliyat olan	1	0.4	-	-	1	0.4	-	-	45	20.2	176	79.0	223	61.9	2.545			
Ameliyat olmayan	-	0.7	-	-	-	-	-	-	20	14.6	116	84.7	137	38.1	0.467			
Kronik hastalığa sahip olma durumu																		
Var	2	1.1	-	-	-	-	-	-	29	15.6	155	83.3	186	51.7	4.468			
Yok	-	-	-	-	1	0.6	-	-	36	20.7	137	78.7	174	48.3	0.215			
Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumu																		
Bilgi almayan	-	-	-	-	1	0.3	-	-	63	18.3	281	81.4	345	95.8	46.354			
Bilgi alan	2	13.3	-	-	-	-	-	-	2	13.3	11	73.4	15	4.2	0.000			

*Pearson ki kare

Tablo 4.2.6’da hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre en karmaşık ölçek değerlendirmelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. 6 ve 11 (0-100) maddelik ölçeklerin hastaların tamamı (% 100.0) tarafından tüm bağımsız değişkenler açısından incelendiğinde karmaşık olarak değerlendirilmediği belirtildikten sonra, yaş, eğitim durumu ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile en karmaşık ölçek değerlendirmeleri açısından SÖ’ler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, tedavi görülen klinik, geçirilen ameliyatın büyüklüğü, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ile en karmaşık ölçek değerlendirmeleri açısından SÖ’ler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p\geq 0.05$).

Hastaların fark görülen özellikleri incelendiğinde; tüm yaş gruplarında 101 maddelik ölçeğin en karmaşık ölçek olarak değerlendirdikleri, genel olarak madde sayısı yüksek ölçeklerin karmaşık bulunduğu belirlenmiştir. 5, 6, 11 (0-10) ve 11 (0-100) maddelik ölçeklerin de neredeyse hiç karmaşık bulunmadığı söylenebilir.

Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça en karmaşık ölçek olarak daha fazla madde sayısı içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı tüm gruplarda en fazla madde sayısı olan 101 maddelik ölçeği tercih oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. En karmaşık ölçek olarak okuryazar olmayanların % 91.9’u, okuryazar olanların % 87.5’i, ilkokul mezunlarının % 78.6’sı, ortaokul mezunlarının % 77.8’i, lise mezunlarının % 76.4’ü, lisans ve üzerinin % 70.9’u 101 maddelik ölçeği seçmişlerdir. Okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul ve lise mezunları 5,6, 11 (0-10) ve 11 (0-100) maddelik ölçekleri de hiç (% 0.0) karmaşık bulmadıklarını belirtmiştir.

Daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almayanların % 81.4’ünün, bilgi alanların ise %73.4’ünün en karmaşık ölçek olarak 101 maddelik ölçeği seçtikleri saptanmıştır. Bilgi alanların 5 maddelik ölçeği de karmaşık bulunan ölçekler içerisinde değerlendirdikleri belirlenmiştir.

4.3. Sayısal Ölçek Türleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.3.1. Sayısal ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçekler	İstatiksel analiz	5 madde	6 madde	11(0-10) madde	11(0-100) madde	21 madde	101 madde
5 madde	r*						
6 madde	p	0.949					
	r	0.000					
11(0-10) madde	p	0.580	0.694				
	r	0.000	0.000				
11(0-100) madde	p	0.907	0.921	0.578			
	r	0.000	0.000	0.000			
21 madde	p	0.914	0.921	0.575	0.994		
	r	0.000	0.000	0.000	0.000		
101 madde	p	0.912	0.926	0.573	0.989	0.993	
	r	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.3.1’de sayısal ölçek türleri arasındaki ilişkinin pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre; 5, 6, 11(0-100), 21 ve 101 maddelik ölçekler arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ($0.90 < r < 1.00$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). 11 (0-10) maddelik ölçeğin diğer ölçeklere arasındaki ilişki ise pozitif yönde orta düzeyde ($0.40 < r < 0.69$) anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.3.2. Sayısal ölçeklerde tekrarlı ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi (n:360)

Ölçekler		5 Madde	6 madde	11 madde (0-10)	11 madde (0-100)	21 madde	101 madde
		İlk ağrı ölçümü					
Son ağrı ölçümü	r*	0.998	0.982	0.600	0.998	0.997	0.995
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

* Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.3.2’de sayısal ölçek türleri arasındaki tekrarlı ölçümlere ait ilişkinin pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre; 5, 6, 11(0-100), 21 ve 101 maddelik ölçeklerde belirtilen ilk ağrı düzeyi ile son ağrı düzeyi arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ($0.90 < r < 1.00$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). 11 (0-10) maddelik ölçekte ise belirtilen ilk ağrı düzeyi ile son ağrı düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($0.40 < r < 0.69$) anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Başka bir deyişle SÖ’in her biri için farklı zamanda gerçekleştirilen iki ölçüm arasında uyum vardır.

Tablo 4.3.3. Hastaların ağrı kesici almaya ihtiyaç duydukları andaki ağrı şiddeti seviyesine ilişkin görüşleri (n=360)

Ölçekler	$\bar{X} \pm SD$	Yüzdeler dönüşüm
5 madde (0-4)	3.31±0.79	82.8
6 madde (0-5)	4.18±1.02	83.6
11 madde (0-10)	8.16±3.60	81.6
11 madde (0-100)	81.40±21.73	81.4
21 madde (0-100)	82.55±20.34	82.6
101 madde (0-100)	82.78±20.22	82.8

Tablo 4.4.2’de hastaların ağrı kesici almaya ihtiyaç duydukları andaki ağrı şiddeti seviyesine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Hastalara “her bir sayısal ölçek için hangi değerden sonra ilaçla tedaviye başlanması gerektiğini düşündükleri” sorulmuştur. Hastaların ağrı kesici almaya ihtiyaç duydukları ağrı şiddeti ortalaması; 5 maddelik ölçek için \bar{X} : 3.31±0.79, 6 maddelik ölçek için \bar{X} : 4.18±1.02, 11 maddelik (0-10) ölçek için \bar{X} : 8.16±3.60, 11 maddelik (0-100) ölçek için \bar{X} : 81.40±21.73, 21 maddelik ölçek için \bar{X} : 82.55±20.34 ve 101 maddelik ölçek için \bar{X} : 82.78±20.22’dir. Ölçeklerin ağrı kesici alınmaya ihtiyaç duyulan değerleri arasında kıyaslama yapabilmek için tüm ortalama değerler yüzdelerle dönüştürüldüğünde, katılımcıların % 80’in üzerindeki değerler için ilaçla tedavi gerekliliği düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 4.3.4. Ölçeklere ilişkin değerlendirme ifadeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (n:360)

Ölçek Değerlendirmeleri	İstatistiksel analiz	Kullanımı en kolay ölçek	En hızlı yanıt verilen ölçek	En hassas ölçek	Klinik kullanıma en uygun ölçek	En karmaşık ölçek
Kullanımı en kolay ölçek	r*					
En hızlı yanıt verilen ölçek	p	1.000				
	r	0.000				
En hassas ölçek	p	0.994	0.994			
	r	0.000	0.000			
Klinik kullanıma en uygun ölçek	p	0.995	0.995	0.990		
	r	0.000	0.000	0.000		
En karmaşık ölçek	p	-0.313	-0.313	-0.308	-0.310	
	r	0.000	0.000	0.000	0.000	

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.3.3’de ölçeklere ilişkin değerlendirme ifadeleri arasındaki ilişkinin Pearson korelasyon analizi ile incelenmesine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; kullanımı en kolay ölçek ile en hızlı yanıtlandırılan, en hassas bulunan ve klinik kullanıma en uygun bulunan ölçeklerin her birinin değerlendirmesi arasında pozitif yönde çok kuvvetli ($0.90 < r < 1.00$) ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). En karmaşık bulunan ölçek ile kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ve klinik kullanıma en uygun ölçek arasında negatif yönde zayıf ($0.20 < r < 0.39$) ancak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

4.4. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.4.1. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin görüşleri (n:360)

Görüşler*	n	%
Ağrı ölçümünün kendini ifade etmeyi kolaylaştırdığını düşünen	358	99.4
Ağrı ölçümü ile kendisiyle/ağrısının tedavisi ile ilgilenen biri olduğunu düşünen	358	99.4
Sayıların ne ifade ettiğinin sağlık çalışanları tarafından anlatılmasının ölçekleri daha kullanışlı yapabileceğini düşünen	357	99.2
Ağrı şiddetini değerlendirirken sayıları görmenin iyi olacağını düşünen	355	98.6
Ağrı şiddetini ifade eden sayıların aynı zamanda cetvel ya da çizgi üzerinde gösterilmesini anlaşılır bulan	354	98.3
Ölçeklerde kullanılan sayı miktarı azaldıkça ölçeği daha iyi anlayabilen	352	97.8
Ağrı değerlendirmesi için bu tür araçlara ihtiyacın olduğunu belirten	350	97.2
Ölçekleri daha iyi anlayabilmek için sayıların yanında sözel ifade bulunması gerektiğini düşünen	350	97.2
Ölçekleri daha anlayabilmek için ölçeklerin yanında renkler ya da yüzler gibi görsel bulunması gerektiğini düşünen	349	96.9
Ölçekleri daha iyi anlayabilmek için hem sözel ifade hem de görsellerin birlikte olmasını tercih eden	344	95.6
Sayıların ağrı tanımlamayı kolaylaştırdığını düşünen	310	86.1
Ölçeklerin her birinin ağrı tanımlamaya olanak verdiğini düşünen	251	69.7
Sayısal ölçeklerin her birinin tek başına ağrı tanımlamada yetersiz kaldığını düşünen	204	56.7
Sayılarla ağrı değerlendirmekte zorlanan	123	34.2
Ağrının sayılarla ifade edilebileceğini düşünmeyen	13	3.6
Ölçeklerde kullanılan sayı miktarı arttıkça ölçeği daha iyi anlayabilen	12	3.3

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.4.1’de araştırmamıza katılan hastaların sayısal ölçeklere ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan hastalardan % 99.4’ü ağrı ölçümünün kendini ifade etmeyi kolaylaştırdığı ve kendisiyle/ağrısının tedavisi ile ilgilenen birinin olduğunu düşünmesini sağladığı, % 99.2’si sayıların ne ifade ettiğinin sağlık çalışanları tarafından anlatılmasının ölçeği daha kullanışlı yapabileceği, % 98.6’sı ağrı şiddetini değerlendirirken sayıları görmenin iyi olacağı, % 98.3’ü ağrı şiddetini ifade eden sayılar aynı zamanda cetvel ya da çizgi üzerinde gösterildiğinde daha anlaşılır bulunduğu, % 97.8’i ölçekte kullanılan sayı miktarı azaldıkça ölçeği daha anlayabileceği, % 97.2’si ağrı değerlendirme için böyle araçlara ihtiyaç olduğu ve ölçekleri daha iyi anlayabilmek için sayıların yanında sözel ifade bulunması gerektiği, % 96.9’u ölçeklerin yanında renkler ya da yüzler gibi görsellerin bulunması gerektiği, % 95.6’sı ölçeklerin yanında hem sözel ifade hem de görsellerin birlikte olması gerektiği görüşündedir. % 34.2’si sayılarla ağrı değerlendirmekte zorlandığını, % 3.6’sı ise ağrının sayılarla ifade edilemeyeceğini belirtmiştir. Katılımcıların sadece % 3.3’ü ölçeklerde kullanılan sayı miktarı arttıkça ölçeğin daha iyi anlayabileceğini düşünmektedir.

Tablo 4.4.2. Hastaların sayılara karşılık verdikleri sözel ifadeler (n:78)

İfade	Hafif		Ağrı Var		Az		Orta		Fazla		Şiddetli		Dayanılmaz		Çok fazla		Çok şiddetli	
	Sayı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	33	42.3	26	33.3	19	24.4												
2	36	46.2	20	25.6	13	16.6	9	11.6										
3	29	37.1	19	24.4	18	23.0	12	15.4										
4	26	33.3	13	16.6	11	14.1	10	12.8	18	23.0								
5	7	8.9	8	10.2			25	32.0	29	37.1	9	11.6						
6	2	2.5					27	34.6	32	41.0	8	10.2	9	11.6				
7							23	29.4	21	26.9	9	11.6	12	15.4	13	16.6		
8							8	10.2	10	12.8	22	28.2	13	16.6	25	32.0		
9									12	15.4	18	23.0	16	20.5	20	25.6	12	15.4
10									7	8.9	20	25.6	17	21.7	20	25.6	14	17.9

Tablo 4.4.3’de hastaların sayılara karşılık verdikleri sözel ifadelerle yönelik bulgulara yer verilmiştir. Hastalara “0” sayısının “ağrı yokluğu”nu ifade ettiği açıklanmış, ağrısı için verilen 1-10 arasındaki sayısal değerlere karşı bir sözel ifade belirtmesi istenmiştir. Bu soruya sadece 78 (% 21.7) hasta yanıt vermiş, 282 (% 78.3) hasta sayılara karşı sözel ifade düşünemediğini belirtmiştir. Buna göre; hastaların “hafif” ifadesini 1-6 sayıları, “ağrı var” ifadesini 1-5 sayıları, “az” ifadesini 1-4 sayıları, “orta” ifadesini 2-8 sayıları, “fazla” ifadesini 4-10 sayıları, “şiddetli” ifadesini 5-10 sayıları, “dayanılmaz” ifadesini 6-10 sayıları, “çok fazla” ifadesini 7-10 sayıları ve “çok şiddetli” ifadesini 9-10 sayıları arasında kullanmıştır.

Bazı hastalar aynı ifadeyi sayı aralıkları için tekrarlı olarak belirtmişlerdir. 10 sayıya karşılık hastaların kaçar sözel ifade kullandıkları da incelenmiş ve 0’dan 10’a kadar “3 sözel ifade kullanan” 41, “4 sözel ifade kullanan” 5, “5 sözel ifade kullanan” 8, “6 sözel ifade kullanan” 6, “7 sözel ifade kullanan” 9, “8 sözel ifade kullanan” 4, “10 sözel ifade kullanan” 5 hasta olduğu saptanmıştır.

Hastaların ifadelerle birlikte sayıların sözel karşılıkları için dikkat çeken görüşleri ise;

“Sayıların kelimelerle ifade edilmesi iyi olur”.

“Sayıların yanında sözel ifade ve görsellerin birlikte olması daha anlaşılır hale getirir”.

“1 sayısı ağrının olmadığını gösterebilir”,

“10 numara için ‘cevap veremeyecek şiddette ağrı’ denilebilir”.

“7-10 arasında sayılar için ‘ağrı kesici almaya ihtiyaç var’ denilebilir.

5. TARTIŞMA

Ağrı değerlendirmesi ve yönetimi günümüzde ağrı araştırmalarının önemli bir parçası olmuştur. Bu nedenle kliniklerde kullanılan ağrı değerlendirme ölçekleri ile ilgili literatüre ve çalışma alanlarına katkısı olan birçok çalışma yapılmıştır (Li ve ark. 2007; Düzel 2008; Li ve ark. 2009; Karataş 2010; Çelik 2010; Arkoç 2013; Bakal 2014; Sucuçakmak 2015). Ancak kullanılan SÖ'in hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ameliyat sonrası dönemde ağrının değerlendirilmesinde kullanılan SÖ'e ilişkin hastaların değerlendirme farklarını ve değerlendirmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup, elde edilen bulgular mevcut literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu bölümde;

5.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulguların tartışması

5.2. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin değerlendirmelerine yönelik bulguların tartışması

5.3. Sayısal ölçek türleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışması

5.4. Hastaların sayısal ölçeklere ilişkin görüşlerine yönelik bulguların tartışması yer almaktadır.

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışması

Araştırma kapsamında, hastaların ham verilerinin gruplanması ağrı değerlendirmesini etkileyebilecek faktörler dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Yaşın ağrı değerlendirmesi üzerine etkisini incelemek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından belirlenen aralıklarda gruplamaya gidilerek 18-24 yaş "adölesan", 25-44 yaş "genç", 45-59 yaş "orta yaş", 60-74 yaş "yaşlı", 75-80 yaş "ileri yaşlı", 81 ya da 85 ve üzeri yaş sınıflamalarında başlangıç yaşı değişimle birlikte "ihtiyar" olarak katılımcıların yaşları gruplanmıştır. Yaşlılıkla ilgili sınıflamalarda ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaş sınıflamalarının daha üst yaş gruplarına doğru değişim gösterdiği dikkati çekmiştir. Örneğin bazı sınıflamalarda 65 yaş üzeri yaşlı kabul edilmektedir (Bilir 2006; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2013; Karadakovan 2014; UN 2015).

Çalışmamızda 80 yaş üzeri katılımcı olmadığından ihtiyar sınıflamasına gidilmemiştir (Tablo 4.1.1).

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında düşük eğitim seviyesinde olan katılımcıların ağırlıklı olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 4.1.1). Ortopedi hastalarında ağrı tanımlaması üzerine yapılan bir çalışmada da hastaların büyük bir çoğunluğunun (% 31.4) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Büyükyılmaz ve Aşti 2006). Erdemir (2015), Sucuçakmak (2015), Karataş (2010) ve Düzel'in (2008) çalışmalarında da genel olarak eğitim düzeyi daha düşük olan katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir. 2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 15 yaş üzeri eğitim durumuna göre nüfus dağılımı Türkiye genelinde okuryazar olmayan 2.784.257 (% 5), okuryazar olan 3.784.667 (% 7), ilkokul mezunu 26.837.187 (% 49), ortaokul mezunu 2.849.999 (% 5), lise mezunu 12.096.830 (% 22), üniversite mezunu 5.913.187 (% 11), lisansüstü mezunu 539.360 (% 1) kişidir (<https://www.akademikpersonel.org/anasayfa/universite-mezunu-orani-avrupa-turkiye.html> 29 Mayıs 2017; TÜİK 2017). Bu çalışmalar ve mevcut çalışma katılımcıların eğitim seviyesinin toplumun genel eğitim seviyesi ile benzerliği yansıttığı düşünülebilir.

Çalışmada daha önce ameliyat deneyimi yaşayan hasta dağılımına bakıldığında % 61.9 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Özer ve Bölükbaş (2001) çalışmasında hastaların geçmiş ameliyat deneyiminin % 63.0 olduğu, Büyükyılmaz ve Aşti'nin (2006) çalışmasında % 72.7 olduğu bulunmuştur. Cesur'un (2015) çalışmasında hastaların % 59.2'sinin hastane deneyiminin olduğu, Düzel'in (2008) çalışmasında hastaların % 55.3'nün geçirilmiş operasyonu olduğu belirtilmiştir. Yıldırım'ın (2013) çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi katılımcıların yarısından çoğunun daha önce geçirilmiş ameliyat öyküleri bulunmaktadır. Bu veriler hastaların yarısından çoğunun öyküsünde bir sağlık sorunu olduğu ve ameliyat sonrası ağrı deneyimledikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada “geçirilen ameliyatın büyüklüğü ağrı değerlendirmesini etkilemekte midir?” sorusuna yanıt aranmıştır. Hastalara geçirdikleri ameliyatlar sorulmuş ve yanıtlar T.C. Sağlık Bakanlığı'nın maliyet ve kayıtlarda esas aldığı ameliyat gruplaması (<http://www.saglik.gov.tr/TR.10998/cerrahi-mudahale-birimlerinde-uygulanacak-cerrahi-mudahale-listesi-hakkinda-genelge200942.html> 07

Haziran 2017) esas alınarak büyük, orta, küçük ameliyat şeklinde gruplandı (Tablo 4.1.1). Geçirilen ameliyatın büyüklüğünün SÖ'e ilişkin değerlendirmeleri etkileyip etkilemediği sorusuna yanıt aranmıştır.

Bu araştırmada katılımcıların neredeyse tamamına yakınının daha önce ağrı değerlendirmeye (ağrı ölçeklerine) ilişkin bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Yılmaz ve Gürler'in (2011) çalışmasında sağlık profesyonellerinin hastaların tamamına ameliyattan sonra ağrısının nasıl azalacağı ve giderileceği konusunda bilgi vermediği ve ağrısının şiddetini ölçmek için bir ölçek kullanmadığı saptanmıştır. Eti Aslan ve Badir'in (2005) çalışmasında da hemşirelerin ağrı değerlendirilmesi ve yönetimine yönelik yeterli bilgi sahibi olmadıkları bunun sonucu ile de hastaları eksik bilgilendirdikleri saptanmıştır.

5.2. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik Bulguların Tartışması

Bu çalışmada ağrı şiddeti ölçümünde en sık kullanılan 6 SÖ'e ilişkin hasta değerlendirmeleri ve hastaların tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirmeye etkisi olup olmadığı incelenmiş, literatürde sadece SÖ'yi karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ağrı şiddetini değerlendiren diğer TBÖ ile ilgili ise; hastaların tercihleri, ölçeklerin kendi aralarında anlaşılabilirliği ve ilişkileri üzerinde araştırmalar yapıldığı görülmüştür (Gagliese ve ark. 2005; Li ve ark. 2007; Li ve ark. 2009; Ferreira Valente ve ark. 2011). Gagliese ve ark. (2005) çalışmasında diğer TBÖ'le karşılaştırıldığında (SKÖ, GKÖ yatay-dikey) SÖ'in daha düşük hata oranına sahip, gelecek değerlendirmeler için en tercih edilebilir, en doğru, en kolay ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçeklerin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada sayısal ölçeğin en iyi yanıt verilebilen ve en hassas ölçek olduğu bulunmuştur (Ferreira Valente ve ark. 2011). Bu çalışmaların aksine Çinli hastalarda ameliyat sonrası dönemde 3 ağrı şiddeti ölçeği (SÖ, YAÖ, ağrı termometresi) içerisinde SÖ en az tercih edilen ölçek olarak bulunmuştur (Li ve ark. 2009). Çin'li yetişkinler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ameliyat sonrası dönemde dört farklı ağrı şiddeti ölçeği (SÖ, SKÖ, GKÖ, YAÖ) karşılaştırılmıştır. Hastaların ilk tercihi YAÖ olurken, ikinci sırada SÖ gelmiştir (Li ve ark. 2007). TBÖ arasında cevaplanabilirliğin karşılaştırıldığı bir çalışmada SÖ, SKÖ'ne göre daha yanıt verilebilir bulunmuştur (Chien ve ark. 2013).

Çalışmamızda SÖ ilişkin beş olumlu değerlendirme ifadesi (kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas olan, kliniğe en uygun olan) ve bir olumsuz değerlendirme ifadesine (en karmaşık ölçek) verilen yanıtlar hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Hastaların SÖ'e ilişkin değerlendirmeleri genel olarak incelendiğinde olumlu değerlendirme ifadelerine en yüksek yanıtın 5 maddelik ölçek için verildiği, olumsuz değerlendirme ifadesine ise en yüksek yanıtın 101 maddelik ölçek için verildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar daha az madde sayısı içeren ölçeklerin kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ölçen, klinik kullanıma en uygun olan ölçekler olarak değerlendirildiğini, madde sayısı yüksek olan 21 ve 101 maddelik ölçeklerin ise en karmaşık ölçekler olarak değerlendirildiğini göstermiştir (Tablo4.2.2,3,4,5,6,7). Bu bilgilerden farklı olarak bir çalışmada ağrı şiddetini en iyi temsil eden ölçek olarak (% 35.3) 21 maddelik SÖ bulunmuştur (Herr ve ark. 2004).

Çalışmada 2 tane 11 maddelik {(0-10) ve (0-100)} ölçek kullanılmıştır. Bu iki ölçek arasında değerlendirme ile ilgili sorulan beş olumlu değerlendirme ifademizde de neredeyse tüm değişkenlerde 0-10 arasında sayıları içeren ve birer birer artan ölçek, 0-100 arası sayıları içeren ve onar onar artan ölçeğe göre daha çok tercih edildi (Tablo 4.2.2,3,4,5,6). Sayılar arasında birer birer artış olması ölçeğin anlaşılabilirliğini artırmıştır.

Madde sayısı birer birer artan 11 maddelik (0-10) ölçek ile 101 maddelik ölçek karşılaştırıldığında da madde sayısı fazla olan ölçeğin karmaşık bulunduğu dikkate alınarak ağrı şiddetinin ölçümünde madde sayısı az olan ölçeklerin anlaşılabilirliği artırdığı da söylenebilir. Sağlık alanı da dahil diğer tüm alanlarda kullanılan ölçeklerdeki madde sayısı, ölçülecek özelliğe göre farklılaşabilmektedir (Azaltun 2008).

Hastaların tanımlayıcı verilerine göre ölçek değerlendirmeleri incelendiğinde; tüm olumlu değerlendirme ifadeleri içeren tablolarımızın benzer şekilde yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile sayısal ölçeklere ilişkin olumlu değerlendirmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), cinsiyet, çalışma durumu, geçirilen ameliyatın büyüklüğünün ise anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p\geq 0.05$) (Tablo

4.2.2,3,4,5,6). Olumsuz değerlendirme ifadesi (ölçeği karmaşık bulma) için ise sadece yaş, eğitim durumu ve ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumlarına göre sayısal ölçeği karmaşık değerlendirme arasında anlamlı fark görülmüş ($p<0.05$), diğer tanımlayıcı özelliklerin ölçekleri karmaşık olarak değerlendirme üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.7).

Hastaların yaşlarına göre olumlu değerlendirme ifadeleri incelendiğinde; yaş arttıkça olumlu değerlendirme ifadeleri için daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı, olumsuz değerlendirme ifadesi için ise (en karmaşık ölçek olarak) daha fazla madde sayısına sahip olan ölçekleri tercih oranlarının arttığı görülmüş ve yaş ile SÖ tercihleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo4.2.2,3,4,5,6,7). Yaşın değerlendirmeye ya da tercihe etkisini gösteren çalışmalar incelendiğinde, Türk hastalar ile yapılan bir çalışmada yaşın ölçek tercihleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. SÖ 40-59 yaş arasındaki grupta % 45.7 oranı ile hastalar tarafından ikinci sırada tercih edilmiştir (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Farklı olarak Li ve ark. (2007) çalışmasında yaşın SÖ tercihi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur. Diğer TBÖ'de gerçekleştirilen çalışmalar gözden geçirildiğinde; Çek hastalarda ameliyat sonrası 19-40 yaş arasındaki kadınların GKÖ, YAÖ, SÖ arasından SÖ'yi tercih ettikleri, ancak yaş ile ölçek tercihi arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (Mandysova Kadleckova 2015). Genç ve yaşlı cerrahi hastaları üzerinde ağrı şiddeti değerlendirmesinde kullanılan ölçekler ile yapılan bir çalışmada kullanılan SÖ yaşa bakılmaksızın en iyi görünüş geçerliliğine sahip ölçek olarak bulunmuştur (Gagliese ve ark. 2005). Yetişkinlerde ağrı şiddetinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşın hastaların ölçek tercihlerini etkilemediği bulunmuştur (Herr ve ark. 2004). Genç ve yaşlı cerrahi hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada yaşın artmasıyla ölçeklerle ilgili hata yapma oranının daha da arttığı belirtilmiştir. 65 yaş altı ve 65-75 yaş arası katılımcıların ölçek tercihi olarak 21 maddelik SÖ seçtiği 75 yaş ve üzeri katılımcıların ise SKÖ seçtiği sonucuna ulaşılmıştır (Peters 2007). Hastaların en kolay anladığı ağrı değerlendirme yöntemini bulmak üzere yapılan bir çalışmada ise yaşın ölçeklerin anlaşılabilirliği üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır (Tan ve Özyurt 2006). SÖ'yi kendi içinde değerlendirmemekle birlikte bir çalışmada 65-95 yaş aralığındaki Çinli hastaların SÖ'yi en az tercih edilen (% 15.6) ölçek olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (Li ve ark. 2009). Buna göre hastalar artan yaşlarıyla beraber nörolojik,

fizyolojik değişimlerin etkisiyle kavramsal olarak daha sade ve az rakama sahip olan ölçeklerle değerlendirme yapmayı daha uygun bulmuşlardır.

Bu çalışmada cinsiyetin ölçek değerlendirmelerini etkilemediği saptanmıştır ($p \geq 0.05$) (Tablo 4.2.2,3,4,5,6,7). Cinsiyet değişkeni ile ölçek değerlendirme ve tercihlerine ilişkin yapılan çalışmaların bazılarında cinsiyetin etkili olduğu, bazılarında ise etkili bulunmadığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları ile paralel olarak Li ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin SÖ'yi tercih etme durumunu etkilemediği saptanmıştır. Diğer TBÖ'le gerçekleştirilen çalışmalarda da hastaların ölçek tercihlerinin cinsiyetten etkilenmediği görülmüştür (Herr ve ark. 2004; Taylor ve Herr 2003). Genç ve yaşlı cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada cinsiyetin sadece SKÖ ölçeğini tercih durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. SÖ ve GKÖ tercihte cinsiyetin anlamlı etkisi bulunamamıştır (Peters ve ark. 2007). Ağrı şiddeti ölçekleri ile yapılan bir çalışmada mevcut çalışmadan farklı olarak cinsiyetin kullanılan SÖ üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (Ferreira Valente ve ark. 2011). Türk hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyet farklılığının ölçek tercihi üzerinde anlamlı etkisinin olduğu, erkek hastaların tüm ölçek tercihlerinde bayanlardan daha yüksek oran sergilediği saptanmıştır (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Başka bir çalışmada ise cinsiyetin ölçeklerin anlaşılabilirliği üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan bayanlar ölçekler (SÖ, SKÖ, GKÖ, McGill soru formu) içerisinden en yüksek oranda (% 66.0) YAÖ'ni en anlaşılır ölçek olarak seçmişlerdir (Tan ve Özyurt 2006). Çalışmamızda cinsiyet değişkenine ilişkin değerlendirme tercihleri arasında fark olmaması frekanslarının birbirine yakın olmasıyla yorumlanabilir.

Medeni durumlarına göre olumlu değerlendirme ifadeleri incelendiğinde genel olarak düşük madde sayısı içeren ölçekleri daha çok tercih etmekle beraber, bekarların evlilere oranla madde sayısı yüksek olan ölçekleri daha fazla tercih ettikleri söylenebilir (Tablo 4.2.2, 3, 4, 5 ve 6). Tablo olarak bulgularda verilmemiş olmakla birlikte kliniklerde evli ve bekar olanların yaş dağılımları incelendiğinde bekar hastaların çoğunluğunun adolesan (% 42.2) ve genç yaş (% 37.5) grubunda olduğu, evlilerin ise çoğunluğunun orta yaş (% 37.5) ve yaşlı (% 30.1) grubunda olduğu saptanmıştır. Evli ve bekar olanların eğitim seviyeleri incelendiğinde ise bekarların evlilerden daha yüksek eğitim seviyelerine sahip olduğu görülmüştür. Bu

sonuçlar dikkate alındığında evli ve bekar olanlar arasındaki farkın hastaların yaşı dağılımları ve eğitim seviyelerinden kaynaklandığı düşünölebilir. Medeni duruma göre ölçek değerlendirmelerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Eğitim seviyesine göre olumlu değerlendirme ifadeleri incelendiğinde; hastaların eğitim seviyesi düştöe daha az madde içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı, en fazla tercih edilen ölçeğin 5 maddelik ölçek olduğu görölmüştür. Lisans ve üzerinde eğitime sahip olanların ise daha çok madde içeren ölçeklere daha düşük eğitim seviyesindeki hastalara göre daha yüksek oranlarda yönelindikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.2,3,4,5,6). Olumsuz değerlendirme ifadesi için ise eğitim seviyesi düştöe daha fazla madde içeren ölçeklerin daha karmaşık olarak değerlendirildiği, en karmaşık değerlendirilen ölçeklerin sırası ile 21 ve 101 maddelik ölçekler olduğu saptanmıştır. 5, 6, 11(0-10) ve 11 (0-100) maddelik ölçeklerin ise neredeyse hiç karmaşık bulunmadığı söylenebilir (Tablo 4.2.7). Eğitim durumunun değerlendirme ya da tercihe etkisini gösteren çalışmalar incelendiğinde; Türk hastalar arasında ağrı şiddeti ve ağrı ölçeği tercihlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada eğitimin ölçek tercihleri üzerinde anlamlı bir faktör olduğu, ilkokul mezunu olanların %57.3'ünün ilk sırada SÖ'i tercih ettikleri belirlenmiştir (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Li ve ark. (2009) alışmasında da eğitimin ölçek tercihleri üzerinde anlamlı etkisi bulunmuş ve eğitim durumu 6 yıl ve üzerinde olanların SÖ'i % 31.6 oran ile ikinci sırada seçtikleri belirtilmiştir. Tan ve Özyurt'un (2006) alışmasında SÖ %22.0 tercih oranı ile en fazla üniversite mezunları tarafından anlaşılır bulunmuştur. Anlaşılabilirlik ve eğitim düzeyi ilişkisinde SÖ'in ve YAÖ'nin her öğrenim düzeyinde kullanılabilirliği belirtilmiştir. Ayrıca sayısal düşünmeyi gerektiren ölçeklerin öğrenim düzeyleri ile ilişkili olarak seçilmesinin önemi vurgulanmıştır (Tan ve Özyurt 2006). Bizim bulgularımız dikkate alındığında daha yüksek eğitime sahip gruplarda madde sayısı fazla olan ölçeklere de klinik kullanımda yer verilebileceği söylenebilir. Ancak sonuçlarımız madde sayısı daha az ölçeklerin kullanımını desteklemektedir. Çalışmamızın aksine eğitim düzeyinin SÖ'i tercih etme üzerine anlamlı bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Herr ve ark. 2004; Li ve ark. 2007; Mandysova ve Kadleckova 2015). Anlamlı fark görölmemekle birlikte ameliyat sonrası ağrı şiddeti değerlendirmesinde kullanılan ölçekler ile yapılan bir çalışmada lise ve üniversite mezunu hastaların SÖ tercih etme durumlarının sırası ile % 48.0 ve % 53.0 ile daha yüksek olduğu sonucuna

ulaşmıştır (Mandysova ve Kadleckova 2015). Bir başka çalışmada ise yine anlamlı fark bulunmamakla birlikte liseden daha alt seviyedeki okuldan mezun durumda olanların ölçek kullanımı için SÖ'yi tercih ettikleri belirtilmiştir (Herr ve ark. 2004). Cerrahi hastalarında yapılan bir başka çalışmada eğitim durumunun hem ölçek tercihinin hem de hata oranını etkilemediği saptanmıştır (Peters ve ark. 2007). Çalışmamızda eğitim seviyesi ile hastaların tercihlerinin değiştiği belirtilmiş, buna göre alınan eğitimle beraber sayılara olan yakınlığında arttığı düşünülerek hastaların madde sayısı fazla olan ölçekleri de kullanmak istedikleri görülmüştür.

Bu çalışmada hastaların tedavi gördükleri klinikler incelendiğinde olumlu ölçek değerlendirmeleri açısından kulak-burun-boğaz kliniğinin diğer kliniklerden farklı olduğu saptanmıştır (Tablo4.2.2,3,4,5,6). Tablo olarak bulgularda verilmemiş olmakla birlikte kliniklere göre yaş dağılımları ve eğitim seviyelerinin anlamlı şekilde farklı olduğu ($p<0.05$), kulak-burun-boğaz kliğinde tedavi gören hastaların diğer kliniklerden farklı olarak çoğunluğunun adolesan (% 45.2) ve genç yaş (% 14.4) grubunda olduğu, eğitim seviyelerinin de (lise ve lisans) diğer kliniklere oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alındığında kulak-burun-boğaz kliniğindeki bu farkın hastaların yaş dağılımları ve eğitim seviyelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Tedavi görülen kliniğe göre ölçek değerlendirmelerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Daha önce ameliyat olan ve kronik hastalığa sahip olan hastaların olumlu değerlendirme ifadeleri için daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri tercih ettikleri, ilk defa ameliyat olan ve kronik hastalığı olmayan hastaların ise daha çok madde sayısı içeren ölçeklere yönelimlerinin arttığı görülmüştür (Tablo 4.2.2,3,4,5,6). Bu durum klinik deneyim arttıkça daha düşük madde sayısı içeren ölçeklere yönelimin attığını düşündürmektedir. Hastaların klinik deneyimlerine göre ölçek değerlendirmelerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almanın olumlu değerlendirme ifadeleri açısından daha fazla madde sayısı içeren ölçeklere yönelimi artırdığı, bilgi almayan hastaların daha az madde sayısı içeren ölçeklere yöneldikleri görülmüştür (Tablo 4.2.2,3,4,5,6). Bu sonuç hastaların kullanılan ölçekler hakkında bilgilendirilmesi durumunda daha karmaşık bulunan ölçeklerin eğitimle daha anlaşılabilir hale getirilebileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların bir ağrı

değerlendirme ölçeği ile ilgili geçmiş deneyiminin/bilgisinin olmasının ölçeklerin anlaşılıp başarıyla tamamlanmasını olumlu etkileyebileceği belirtilmiştir (Herr ve ark. 2004).

Bu çalışmada hastaların çalışma durumunun ölçek değerlendirmelerini etkilemediği saptanmıştır ($p \geq 0.05$) (Tablo 4.2.2,3,4,5,6,7). Hastaların çalışma durumunun ölçek tercihine etkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada mevcut ameliyatın büyüklüğünün ölçek değerlendirmelerini etkilemediği saptanmıştır ($p \geq 0.05$) (Tablo 4.2.2,3,4,5,6,7). Türk hastalar üzerinde ağrı şiddeti ve ölçek tercihlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi ameliyat büyüklükleri büyük, orta ve küçük şekilde gruplandırılmış ve çalışmamıza benzer şekilde her ameliyat büyüklüğünün ölçek tercihi üzerinde anlamlı bir faktör olmadığı bulunmuştur (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014).

5.3. Sayısal Ölçek Türleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışması

SÖ'in tekrarlı ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeklerin tamamında farklı zamanlarda gerçekleştirilen ağrı şiddeti ölçümleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.1). Görülmektedir ki çalışmaya katılan hastalara anket formunu uygulamadan önce ve uyguladıktan hemen sonra gerçekleştirdiğimiz iki ağrı şiddeti ölçümünün sonunda 6 SÖ türünün de ölçümleri arasında beklenildiği gibi paralellik olduğu saptanmıştır. Bu sonuç kullanılan tüm SÖ'in tekrarlı ölçümler açısından uygun ve güvenilir olduğunu düşündürmektedir.

Kullanımı en kolay ölçek ile en hızlı yanıt verilebilen, en hassas bulunan ve klinik kullanıma en uygun bulunan ölçeklerin her birinin değerlendirmeleri arasında pozitif yönde kuvvetli ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). En karmaşık bulunan ölçek ile olumlu ifadeler arasında ise negatif yönde zayıf ancak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.2). Bu sonuçlar, hastaların SÖ için olumlu değerlendirme ifadelerinde tercih ettikleri ölçeklerin benzerliğini ve madde sayısı az olan ölçeklere yönelimini doğrular niteliktedir. Olumsuz değerlendirme ifadesi ile olumlu değerlendirme ifadeleri arasında ise SÖ'in tercihi bakımından negatif yönde anlamlı ilişki saptanması daha fazla madde içeren ölçeklerin daha

karmaşık bulunması, daha az madde içeren ölçeklerin ise karmaşık bulunmaması sonucunu desteklemektedir.

Ölçekler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında sadece SÖ arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. SÖ'le beraber diğer TBÖ'nin birbiri ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (Bijur 2003; Breivik 2008; Bahreini ve ark. 2015; Mandysova ve Kadleckova 2015). Akut ağrılı yetişkinlerde SÖ ile birlikte GKÖ ve renkli analog ölçeğin karşılaştırıldığı çalışmada ölçekler arasında kuvvetli ilişki saptanmıştır (Bahreini ve ark. 2015). Mandysova ve Kadleckova (2015) çalışmasında SÖ ile YAÖ, GKÖ arasındaki ilişkinin kuvvetli olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada akut ağrılı hastalarda SÖ'nde aralarında bulunduğu SKÖ, GKÖ arasında ilişki kuvvetli olarak belirlenmiştir (Breivik ve ark. 2008). Bir çalışmada SÖ ve GKÖ arasında da ilişki kuvvetli bulunmuştur (Bijur ve ark. 2003). Başka bir çalışmada ise SÖ ile YAÖ arasında ilişkinin kuvvetli olduğu saptanmıştır (Kim ve Buschman 2006). Görülmektedir ki sık kullanılan TBÖ arasında ilişkinin incelendiği çalışmalarda ölçekler arası korelasyon genellikle kuvvetlidir. Sayısal ölçeklerde de benzer şekilde 6 ölçeğinde kendi içindeki korelasyonları beklenildiği gibi yüksek bulunmuştur. Yani ölçeklerde yapılan ölçümlerin birbiri ile uyumlu sonuç vermesi beklenmektedir (Tablo 4.3.1).

5.4. Hastaların Sayısal Ölçeklere İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulguların Tartışması

Ölçeklere ilişkin ifadeler incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun ölçek kullanımına ilişkin olumlu görüşe sahip olduğu söylenebilir. Ağrı ölçümünün hastanın kendini ifade etmesini kolaylaştırdığı ve ağrısının tedavisi ile ilgilendiği düşüncesi gibi psikososyal yararları ilk sıralarda görüş olarak ortaya konmuştur (Tablo 4.4.1.). Ağrı ölçümünün hasta ile etkileşim gerektirmesi bu görüşleri desteklemektedir. Bu doğrultuda ağrı şiddetinin değerlendirilmesi sırasında hastalarla etkili bir iletişim ortamı oluşturulması da önemlidir. Çalışma sonuçlarımızla benzer olarak bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğu ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanmak istemişler, ölçek kullanımı ile ağrılarını daha iyi ifade edeceklerini belirtmişlerdir. Hastaların % 87.3'ü SÖ kullanarak ağrılarını çok kolay ifade ettiklerini, değerlendirmenin yorucu olmadığını, işaretledikleri sayılardan emin olduklarını belirtmişlerdir (Yazıcı Sayın ve Akyolcu 2014). Ameliyat sonrası

dönemde ağrı değerlendirmede SÖ'in kullanımına ilişkin algısının incelendiği bir çalışmada hastalar ağrı ölçeği kullanımının sağlık çalışanları ile aralarındaki iletişime olanak tanıdığını, yaşadıkları ağrıyı sağlık çalışanları ile iletimde bir yol olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Eriksson ve ark. 2014). Çalışma bulguları da literatürle paralellik göstermektedir. Hastaların neredeyse tamamı, ağrı değerlendirme için ölçme araçlarına ihtiyaç olduğu görüşündedir (Tablo 4.4.1).

Hastaların neredeyse tamamı ölçeklerin sağlık çalışanları tarafından anlatılmasının ölçeği daha kullanışlı yapacağını düşünmektedir (Tablo 4.4.1). Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alan hastaların bilgi almayan hastalara göre daha karmaşık bulunan SÖ'e yönelmesi sonucumuz (Tablo 4.2.7) ile bu görüş paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık personellerinin ameliyat sonrası ağrı ölçeği kullanmadığı bunun nedeninin "ağrının ameliyatın doğal sonucu olarak görülmesi" olduğu belirtilmiştir. Yine çalışmalarda hemşirelerin ağrı yönetimi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı ve değerlendirme için herhangi bir ölçek kullanmadıkları bunun yerine öznel olarak ağrı tahmininde buldukları belirtilmiştir (Manias ve ark. 2005; Eti Aslan ve Badir 2005; Özer ve ark. 2006; Akdemir ve ark. 2008; Yılmaz ve Gürler 2011). Hastaların ağrı değerlendirme hakkında bilgilendirilmemesinin nedeni sağlık profesyonellerinin bu konuya hakim olmaması olabilir. Bu doğrultuda önce sağlık profesyonellerinin sonra hastaların ağrı değerlendirme konusunda eğitimlerinin gerçekleştirilmesi ölçeklere ilişkin değerlendirmeyi ve klinik kullanımını etkileyebilecektir.

Çalışmamızda hastaların yarısından biraz fazlası SÖ'in her birinin ağrılarını tamamlamada yetersiz kaldığını, bir kısmı ise SÖ ile ağrılarını değerlendirmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.1). Aynı zamanda hastaların görüş ve önerileri olarak SÖ yanına görsellerin ve sözel ifadelerin eklenmesinin ölçeği daha iyi değerlendirmeye yararının olacağı belirtmişlerdir. (Tablo 4.4.1 ve 3). Yapılan bir çalışmada hastalar SÖ'in tek başına kullanımının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Eriksson ve ark. 2014). Başka bir çalışmada ise hastalar ağrılarını kendi sözleriyle anlatmak istemişler ve ağrı değerlendirme için yalnızca bir ölçeğin kullanılmasını yetersiz bulmuşlardır (Hanks 2008). Eriksson ve ark. (2014) çalışmasında SÖ hakkında yorum zorlukları olduğu ve hastaların ağrılarını değerlendirmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir (Eriksson ve ark. 2014). Başka bir çalışmada SÖ ile

ağrı değerlendirilmede güçlükler yaşandığı ve bu durumu sağlık personelleri arasında değişen davranışlarla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (Taylor ve Stanbury 2009). Tan ve Özyurt'un (2006) çalışmasında da hastaların SÖ'deki değişikliklerin yorumlamasında zorlandıkları belirtilmiştir (Tan ve Özyurt 2006).

Ağrı kesici kullanımına ve tedavinin etkinliğine karar vermek için de ağrı değerlendirmesi yapılmaktadır. Ağrı tedavisi sırasında non-farmakolojik yöntemlerden, farmakolojik yöntemlere hangi aralıklarda geçileceğinin bulgularla ifade edilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. DSÖ tarafından analjeziklerin kaliteli kullanım ilkelerinde analjezik kullanım için öncelikle oral yolun tercih edilmesi, sırası ile farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerine başvurulması gerekli ise bu yöntemlerle birlikte önce narkotik olmayan analjeziklere, yeterli olmuyorsa narkotik analjeziklere geçilmesi önerilmektedir (TARD 2006; Faydalı 2010). SÖ'in ve diğer TBÖ'in klinik kullanımında belirli bir sayısal değerlerin tedavi ve bakım uygulamalarında bu geçişlere karar vermede kritik değer olarak kabul edilebileceği görüşümüzden yola çıkarak hastalara "SÖ'in hangi değerinden sonra analjezik tedavisine başlanması gerektiği" sorulmuştur. Hastaların her bir sayısal ölçek için verdikleri yanıtların ortalama değerleri yüzdeliklere dönüştürüldüğünde, ağrı kesici almak için yüz üzerinden değerlendirmede 80 ve üzeri değerlerde ilaç tedavisinin başlaması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Sayıları ifadelere dönüştürmeye ilişkin sorduğumuz soruya yanıtları da 0-10 arasındaki sayılar için 7-10 sayısının *ağrı kesici almaya ihtiyaç var*' şeklinde de ifade edilebileceği görüşü kendi içinde tutarlıdır. Araştırma için ön çalışmamızı gerçekleştirirken kliniklerde genellikle analjezik kullanımına geçiş için 11 maddelik (0-10) ölçek için sayı kriteri olarak 4 kullanımına rastladık. Yani 11 maddelik (0-10) sayısal ölçekte ağrı değerlendirmede 4 sayısı bulgu olarak kaydedilmişse hastaya analjezik tedavisi uygulama zorunluluğu getirilmiştir. Ancak 4 sayısının kritik değer olmasını destekleyecek bir literatür bilgisine rastlanmamıştır. Yapılan literatür incelemesinde bir üniversite hastanesinin kendi bünyesinde oluşturmuş olduğu ağrı yönetim prosedürü incelenmiş ve 1-4 arası hafif ağrıda narkotik olmayan analjezikler, 5-6 arası orta şiddetli ağrıda zayıf narkotikler, 7 ve üzeri şiddetli ağrılarda kuvvetli narkotiklerin kullanıldığı görülmüştür (http://jci.med.neu.edu.tr/joint_commission_international_jci_kalite_belgeleri/004_agrı_yonetimi_proseduru/hb_p02_rv01_agrı_yonetimi_proseduru.pdf 25 Mayıs 2017).

Kullanılan ölçeğin hangi değer aralıklarında tedavinin nasıl devam edeceği konusunda sağlık personelinin aynı dili konuşması ve hastayı ölçeğin kullanımı konusunda bilgilendirmesi önemlidir. Elde ettiğimiz sonuçlar ve literatürde bu konuda veriye ulaşılabilmesi kullandığımız ölçeklere hakim olmadığımızı ve ağrı tedavisini ölçüm sonuçlarımıza göre şekillendirmekte yetersiz kaldığımızı düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışmamıza katılan hastalar 18-80 yaş aralığında olup yaş ortalamaları $\bar{X}:48.3\pm14.7$ 'dir. Hastaların % 54.7'sinin erkek, % 45.3'ünün bayan olduğu, %82.2'sinin evli, % 28.6'sının ilkokul mezunu olduğu ve % 51.4'ünün çalıştığı belirlenmiştir. Hastaların tedavisine ilişkin bulgular incelendiğinde %51.7'sinin kronik hastalığı olduğu, % 61.9'unun daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı, %54.7'sinin büyük ameliyat geçirdiği, % 24.2'sinin ortopedi kliniğinde tedavi gördüğü, % 95.8'inin daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi almadığı saptanmıştır.
- Hastaların SÖ'e ilişkin değerlendirmeleri genel olarak incelendiğinde olumlu ifadelerine (kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas olan, kliniğe en uygun olan) en yüksek yanıtı 5 maddelik ölçek için, olumsuz değerlendirme ifadesine en yüksek yanıtın ise 101 maddelik ölçek için verildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar daha az madde sayısı içeren ölçeklerin kullanımı en kolay, en hızlı yanıt verilen, en hassas ölçen, klinik kullanıma en uygun olan ölçekler olarak değerlendirildiğini, madde sayısı yüksek olan ölçeklerin ise en karmaşık ölçekler olarak değerlendirildiğini göstermiştir. 6 ve 11 maddelik (0-100) ölçeklerin hiçbir hasta tarafından karmaşık olarak değerlendirilmemiştir.
- Yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, tedavi görülen klinik, daha önce ameliyat olma, kronik hastalığa sahip olma ve daha önce ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumları ile olumlu değerlendirme ifadeleri arasında anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), cinsiyet, bir mesleği olma, geçirilen ameliyatın büyüklüğünün ise anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p\geq0.05$)
- Sayısal ağrı ölçekleri arasında en karmaşık bulunmaya ilişkin ise sadece yaş, eğitim durumu ve ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alma durumlarına göre anlamlı fark görülmüş ($p<0.05$), diğer tanımlayıcı özelliklerin ölçekleri karmaşık değerlendirme üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
 - Hastaların yaşları arttıkça olumlu değerlendirme ifadeleri için daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri, olumsuz değerlendirme ifadesi için ise (en

karmaşık ölçek olarak) daha fazla madde sayısı içeren ölçekleri tercih oranlarının arttığı,

- Medeni durumlarına göre genel olarak düşük madde sayısı içeren ölçekleri daha çok tercih etmekle beraber, bekarların evlilere oranla madde sayısı yüksek olan ölçekleri daha fazla tercih ettikleri,
- Tüm eğitim seviyelerinde daha az madde içeren ölçeklerin tercih edildiği, ancak lisans ve üzerinde eğitime sahip olanların daha çok madde içeren ölçeklere daha düşük eğitim seviyesindeki hastalara göre daha yüksek oranlarda yöneldikleri,
- Ameliyat öyküsü ve kronik hastalığı olan yani klinik deneyimi bulunan hastaların olumlu değerlendirme ifadeleri için daha düşük madde sayısı içeren ölçekleri tercih ettikleri,
- Ağrı değerlendirmeye ilişkin bilgi alan ve almayan tüm hastalar düşük madde sayısı içeren ölçekleri daha fazla tercih etmiş olmakla birlikte, bilgi almanın olumlu değerlendirme ifadeleri açısından daha fazla madde sayısı içeren ölçeklere yönelimi artırdığı saptanmıştır.
- Ölçeklerdeki tekrarlı ölçümler incelendiğinde; tüm ölçeklerde ilk ve son ağrı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).
- Ölçeklere ilişkin olumlu değerlendirme ifadeleri arasında pozitif yönlü kuvvetli ve anlamlı bir ilişki, olumsuz değerlendirme ifadesi ile olumlu değerlendirme ifadeleri arasında ise negatif yönlü zayıf ama anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- Hastaların neredeyse tamamı;
 - ağrı ölçümünün kendini ifade etmeyi kolaylaştırdığını,
 - kendisiyle ilgilenen birinin olduğunu düşünmesini sağladığını,
 - sayıların ne ifade ettiğinin sağlık çalışanları tarafından anlatılmasının ölçeği daha kullanışlı yapacağını,
 - ağrı şiddetini değerlendirirken sayıları görmeyi tercih ettiğini,
 - ağrı şiddetini ifade eden sayıların aynı zamanda cetvel, çizgi üzerinde gösterildiğinde daha anlaşılır bulunduğunu,
 - ölçekte kullanılan sayı miktarı azaldıkça ölçeği daha iyi anladığını,
 - ağrı değerlendirme için böyle araçlara ihtiyaç olduğunu,
 - ölçekleri daha iyi anlayabilmek için sayıların yanında sözel ifade bulunmasını tercih ettiğini,

- ölçeklerin yanında renkler ya da yüzler gibi görseller de bulunmasının gerektiğini belirtmiştir.
- Hastaların tedaviye ihtiyaç duydukları andaki ağrı şiddeti seviyeleri sorulmuş ve ağrı kesici alma/ilaçla tedavinin başlama seviyesi yüzdeliklere dönüştürüldüğünde tüm ölçekler için % 80'in üzerinde bulunmuştur.
- Hastalara 0'dan 10'a kadar her bir sayıya karşılık olduğunu düşündükleri sözel ifadeler sorulmuş bu soruya sadece 78 hasta yanıt verebilmiştir. Buna göre; hastaların ağrıları için en fazla kullandıkları kelimelerin "hafif, az, orta, fazla, şiddetli, dayanılmaz, çok fazla, çok şiddetli" olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

- Kliniklere ve hasta gruplarına uygun ağrı değerlendirme ölçeklerini belirlemeye dönük daha geniş örneklem grubunda araştırmaların gerçekleştirilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin ağrı değerlendirmeye başlamadan önce hastayı kullanılan ölçek ve ağrı yönetimi hakkında bilgilendirmesi,
- Hastalar için ölçek kullanımı konusunda eğitim planlarının ve eğitim materyallerinin hazırlanması,
- Tek boyutlu ölçeklerin her birinin ilişkilerinin incelendiği daha geniş çalışmaların yapılması,
- Ağrı şiddeti ölçümünde kullanılan sayısal, sözel ve görsel boyuttaki ölçeklerin etkinliğinin ve değerlendirme farklılıklarının karşılaştırılması,

7. KAYNAKLAR

- Afşar P. Pınar R. Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile başetme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 6(3):19-28.
- Ahearn EP. The use of analog scales in mood disorders: A critical review. Journal of Psychiatric Research .1997;31(5):569-579.
- Ahmad K. Noor Shaza A. Hilwani Kaharuddin. Muhammed A. Nurul A. Nik A. The assesment of acute pain in prehospital care using verbal numerical rating and visual analog scales. The Journal of Emergency Medicine. 2015;49(3):287-293.
- Akdemir N. Akyar I. Gorgulu. U. Nurses' approaches toward the pain problem of patients of admitted to physical therapy and rehabilitation inpatient and outpatient clinics. The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2008; 54:157-163.
- Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. Detay Yayıncılık. 2012. 2. Baskı. Ankara. Türkiye.ISBN s.338.
- Arkoç EG. Gömük 20 yaş dış çekimi sorası ağrı değerlendirilmesinde görsel analog skala ve yüz skalası karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı. Bitirme Tezi. İzmir. 2013 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zuhâl Tuğsel).
- Ay F. Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı.2010;22(1):21-29.
- Ayan M. Taş U. Söğüt E. Arıcı S. Karaman S. Esen M. Demirtürk F. Primer dismenore ağrılı hastalarda diklofenak sodyum ve parasetamol tedavi etkinliklerinin Vizüel Analog Ölçek kullanılarak karşılaştırılması. Ağrı. 2013; 25(2):78-82.
- Aygin D. Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. Sakarya Medical Journal.2012; 2(2):31-70.
- Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2002; 3(2):37-48.
- Azaltun M. Araştırma yöntemleri semineri ölçme ve ölçek geliştirme. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi.2008;19(1): 104-111.
- Bahreini M. Jalili M. Maradi-Lakeh M. A comparison of three self-report pain scales in adults with acute pain.The Journal of Emergency Medicine. 2015;48(1):10-18.
- Bilir N. Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılar. Arıoğul S(Ed). Nobel Kitapevi.2006.Ankara.s:1-9
- Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Academic Emergency Medicine. 2003;10(4):390-392.
- Breivik H. Borchgrevink PC. Allen SM. Rosseland. LA. Romundstad L. Hals EK.. Kvarstein.G. Stubhaug A. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia.2008;101(1):17-24.
- Briggs M. Closs J. A Descriptive Study of the Use of VisualAnalogue Scales and Verbal Rating Scales for the Assessment of Postoperative Pain in Orthopedic Patients. Journal of Pain and Symptom Management.1999;18(6):438-446.
- Büyükyılmaz F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarında ameliyat sonrası ağrı tanılması.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2005(Tez Danışmanı: Doç. Dr. Türkinaz Aştı).
- Büyükyılmaz F. Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.2009; 12(2):84-93.
- Carpenito-Moyet JL. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel tıp kitapevleri.2012.İstanbul.ISBN 978-975-420-885-6. s:368-374
- Cesur S. Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri.Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Afyon. 2015(Tez Danışmanı: Doç.Dr. Sezgin Yılmaz).

- Çelik Z. Ameliyat sonrası ağrı şiddetinin dört farklı ağrı ölçeği ile karşılaştırılması ve bazı günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum. 2010(Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nadiye Özer).
- Çelik S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2013; 2(3):325-330.
- Chien C, Bagraith SK, Khan A, Deen M, Stornig J. Comparative responsiveness of verbal and numeric rating scale to measure pain intensity in patients with chronic pain. The Journal of Pain.2013;14(12):1653-1662.
- Doğan KS. Ay S. Oztuna D. Aytur KY. Evcik D. The utility of the Faces Pain Scale in the assessment of shoulder pain in Turkish stroke patients: its relation with quality of life and psychologic status. International Journal of Rehabilitation Research. 2010;33(4): 363-367.
- Düzel V. Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana. 2008 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Necdet Aytaç).
- Deniz. B. Çöçelli. LP. Ovayolu. N. Özgür. S.Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Ağrı. 2008; 20(3):26-36.
- Edelen OM. Saliba D. Correspondence of Verbal Descriptor and Numeric Rating Scales for Pain Intensity: An Item Response Theory Calibration. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2010; 65(7): 778-785.
- Erdemir SD. Ortopedik cerrahi girişim sırasındaki pozisyon desteğinin ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2015 (Tez Danışmanı: Doç.Dr. Leman Şenturan).
- Eti-aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2002; 6(1):9-16.
- Eti-aslan F, Badir E. Ağrı kontrolü gerçeği. Hemşirelerin ağrının doğası. değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı.2005; 17(2):47-51.
- Eti-aslan F. Akut ağrı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2005; 2(1):24-31.
- Eti-aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadokvan A. Eti-Aslan F(Ed). Akademisyen Kitabevi. 2014. I. Baskı. Ankara. Türkiye. ISBN s:127-148.
- Eti-Aslan F. Uslu Y. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Eti-Aslan F(Ed).Akademisyen Kitapevi.2014. I.Baskı. Ankara. Türkiye. ISBN 978-605-464-948-8.s:57-67.
- Eti-Aslan F. Kan Öntürk. Y. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Eti-Aslan F(Ed).Akademisyen Kitapevi.2014. I.Baskı. Ankara. Türkiye. ISBN 978-605-464-948-8. s:67-100.
- Eriksson K. Wikström L. Arestedt K. Fridlund B. Broström A. Numeric rating scale: patients perceptions of its use in postoperative pain assessments.Applied Nursing Research. 2014; 27: 41-46.
- Fakirullahoğlu A. Engelli Çocukların Annelerinde Muskuloskeletal Ağrı Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2013(Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ferda Dokuztuğ Üçsular).
- Faydalı S. Cerrahi Hastalarında Analjeziklerin Kaliteli Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.2010; s.83-91.
- Gagliese L. Weizblit N. Ellis W. Chan V W S. The measurement of postoperativepain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. Pain. 2005;117(3): 412-420.
- Gallagher JE. Bijur EP. Latimer C. Silver M. Realibity and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. American Journal of Medicine. 2002;20(4):287-290.
- Guyton CA. Hall EJ. Guyton Ve Hall Tıbbi Fizyoloji. Yeğen Ç(Çev.Ed.). Alican İ. Solakoğlu Z (Ed Yard.). Nobel Tıp Kitapevleri.İstanbul. Türkiye. ISBN2013.s: 157-281.
- Güleç G. Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı. 2006; 18(4):5-9.

- Güzeldemir ME. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom. 1995; s.11-21.
- Göl İ. Onarıcı M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015.20-29.
- Hanks S. The law of unintended consequences: When pain management leads to medication errors. Pharmacy and Therapeutics. 2008;33(7):420-425.
- Hawker AG. Mian S. Kendzerska T. French M. Measures of adult pain. Arthritis Care and Research.2011;63(11):240-252.
- Herr AK. Spratt K. Mobily RP. Richardson G. Pain intensity assessment in older adults. The Clinical Journal of Pain. 2004;20:207-219.
- Hjermstad MJ. Fayers PM. Haugen DF. et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Studies comparing Numerical Rating Scales. Verbal Rating Scales. and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):1073–1093.
- Hicks CL. VonBaeyer CL. Spafford PA. Van Korlaar I. Goodenough B. The Faces Pain Scale Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001;93(2):173–183.
<https://www.akademikpersonel.org/anasayfa/universite-mezunu-orani-avrupa-turkiye.html> (29 Mayıs 2017).
- <http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/YatakSayilarininGuncellenmesi.xls.html> (04 Nisan 2016)
- <http://aksaraydh.saglik.gov.tr/s/5/poliklinikler.html> (04 Nisan 2016).
- <https://tr.wikipedia.org/wiki/Alg%C4%B1.html>(12 Nisan 2016).
- <http://www.saglik.gov.tr/TR.10998/cerrahi-mudahale-birimlerinde-uygulanacak-cerrahi-mudahale-listesi-hakkinda-genelge200942.html> (07 Haziran 2017).
- http://jci.med.neu.edu.tr/joint_commission_international_jci_kalite_belgeleri/004_agri_yonetimi_proseduru/hb_p02_rv01_agri_yonetimi_proseduru.pdf (25 mayıs 2017).
- <http://wongbakerfaces.org/> (05.03.2016).
- Hunter M. McDowell L. Hennessy R. Cassey J. An evaluation of the face pain scale with young children. Journal of Pain and Symptom Management.2000;20(2):122-129.
- Jastrzab G. Kerr S. Fairbrother G. Misinterpretation of the Face Pain Scale-Revised in adult clinical practice.Acute Pain.2009;11:51-55.
- Jenkins LHH. Spencer LED. Weissgerber LAJ. Osborne CLA. Pellegrini CJE. Correlating an 11-Point Verbal Numeric Rating Scale to a 4-Point Verbal Rating Scale in the Measurement of Pruritis. Journal of Perianesthesia Nursing.2009; 24(3):152–155.
- Jensen MP. Miller LMD. Fisher LD. Assessment of pain during medical procedures: A comparison of three scales. The Clinical Journal of Pain. 1998; 14(4): 343-349.
- Karadakovan A.Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Akademisyen Kitapevi.2014. I.Baskı.Ankara.ISBN 978-605-4649-87-7.s: 3-10.
- Karataş S. Erişkin Türk Hasta Popülasyonunda Ağrı Tedavisinde Sık Tercih Edilen Dört Farklı Ağrı Ölçeğinin Karşılaştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Manisa. 2010 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. İdil Tekin Mirzai).
- Kılıç M. Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012; s.7:21.
- Kim JE, Buschman TM. Reliability and validity of the Face Pain Scale with older adults. International Journal of Nursing Studies. 2006;43:447-456.
- Li L. Liu X. Herr K.Postoperative pain intensity assessment: A comparison of four scales in Chinese adults. Pain Medicine. 2007; 8(3): 223–234.
- Li L. Herr K. Chen P. Postoperative pain assessment with three intensity scales in Chinese elders.Journal of Nursing Scholarship.2009;41(3):241-249.

- Mandysová P. Kadlečková Z. The performance of three pain intensity scales and their preferences among Czech women with acute postoperative pain. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*.2015;6(3): 298–305.
- Manias A. Bucknall T. Botti M. Nurses for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*.2005;6(1):18-29.
- NPC and JCAHO (National Pharmaceutical Council. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations). *Pain: Current Understanding Of Assessment. Management And Treatments*. 2001; s.21-29.
- Oliveira A M. Batalha LM C. Fernandes A M. Gonçalves JC. Viegas RG. Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale : linearidade . discriminabilidade e amplitude. *Revista de Enfermagem Referência*.2014;4(3): 121–130.
- Özer N. Bölükbaş N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrısı tanımlamaları ve hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*.2001; 4(1):7-17.
- Özer S. Akyürek B. Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*.2006;18(4):36-42.
- Paice JA. Cohen FI. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nursing*. 1997; 20(2):88-93.
- Peters M L. Patijn J. Lamé I. Pain assessment in younger and older pain patients: Psychometric properties and patient preference of five commonly used measures of pain intensity. *Pain Medicine*.2007; 8(7):601–610.
- Raj PP. Ağrı Taksonomisi. Erdine S(Ed). Ağrı. Alemdar Ofset. İstanbul.2000; s.12-20.
- Sertel Berk ÖH. Bahadır G. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inanışları. *Ağrı*. 2007; 19(4):5-15.
- Stuppy DJ. The Faces Pain Scale: Reliability and validity with mature adults. *Applied Nursing Research*.1998;11(2):84–89.
- Sucuçakmak CN. Acil servislerde hastalar ve hemşireler tarafından yapılan ağrı değerlendirmesinin karşılaştırılması.Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2015(Tez Danışmanı: Doç.Dr. Nurcan Çalışkan).
- Sümbüloğlu V. Sümbüloğlu K. 2000. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Ana Bilim Dalı. *Ankara*; Sf:65-66.
- Tan S. Özyurt G. Hastaların en kolay anladığı ağrı değerlendirme yöntemi hangisidir? *Anestezi Dergisi*. 2006;14(3):171-175.
- Tandon M. Singh A. Saluja V. Dhankhar D. Pandey C. Jain P. Validation of a new .objective score vs Numeric Rating Scale for the evaluaiton of acute pain: A comparative study. *Anest Pain Med*.2016;6(1):1-5.
- Taylor JL. Herr K. Pain intensity assessment: A comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African Americanolder adults. *Pain Management Nursing*. 2003;4(2):87-95.
- Taylor A. Stanbury L. A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia & Critical Care*.2009;20(4): 188–194.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*.2013.
- Tulunay M. Tulunay FC. Ağrı Değerlendirilmesi Ve Ağrı Ölçümleri. Erdine S(Ed). Ağrı. Alemdar Ofset. İstanbul. 2000; s.91-111.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD). *Postoperatif Ağrı Tedavisi, Anestezi Uygulama Kılavuzları*.2006.s:6-11.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018# (6 Haziran 2017).

- United Nations. World Population Ageing. 2015
http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
(29 Mayıs 2017).
- Ferreira Valente AM. Riberio PLJ. Jensen M. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*.2011;2399-2404.
- Van Dijk FMJ. Kappen HT. van Wijk AJM. Kalkman C. Schuurmans JM. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:3018-3024.
- Yazıcı Sayın Y .Akyolcu N. Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish patients: A descriptive study. *Pain Management Nursing*. 2014;15(1):156-164.
- Yücel A. Kronik Ağrılı Hastada Anamnez. Erdine S(Ed). Ağrı. Alemdar Ofset. İstanbul; 2000; s. 43-48.
- Yıldırım A. Total diz protezi olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Hemşirelik Esasları Programı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2013(Tez Danışmanı: Doç.Dr.Merdiye Şendir).
- Yılmaz M. Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları. hasta görüşleri. *Ağrı*. 2011; 23(2):71-79.
- Wysham NG. Miriovsky BJ. Currow DC. Li JEH. Samsa GP. Wilcock A. Abernethy AP. Practical Dyspnea Assessment : Relationship Between the 0 e 10 Numerical Rating Scale and the Four-Level Categorical Verbal Descriptor Scale of Dyspnea Intensity. *Journal of Pain and Symptom Management*.2015;50(4): 480-487.

8. EKLER

Ek-A: SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA DEĞERLENDİRMELERİ ANKET FORMU

I. Bölüm:

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: 1)Bayan 2)Erkek

3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2)Bekar

4. Eğitim durumunuz:

1)Okuryazar değil 2)Okuryazar 3)İlköğretim I. Kademe(ilkokul)

4)İlköğretim II. kademe (ortaokul) 5)Ortaöğretim(lise) 6) Önlisans

7) Lisans 8)Yüksek lisans 9)Doktora

5. Mesleğiniz: 1) Serbest meslek 2)Memur

3)İşçi 4)Emekli 5)Ev hanımı

6)İşsiz 7)Diğer (yazınız).....

6. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1)Evet 2)Hayır

7. Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

8. Şimdiki ameliyatınız nedir?.....

9. Yattığınız klinik?

1) Genel cerrahi 2) Kalp damar cerrahi

3) Kulak burun boğaz 4) Ortopedi

5) Plastik cerrahi 6) Üroloji

7) Göğüs cerrahisi 8) Göz

9) Beyin cerrahisi 10) Diğer.....

II. Bölüm:

9. Size ağrı ölçümüne ilişkin daha önce hiç bilgi verildi mi?

1) Evet (nedir yazınız)..... 2) Hayır

10. Bu bilgiler doğrultusunda aşağıda yer alan sorular için hangi ölçeğe kaç puan verirsiniz? Lütfen yazınız.

ÖLÇEKLER SORULAR	5 madde 0-4 arası	6 madde 0-5 arası	11 madde 0-10 arası	11 madde 0-100 arası	21 madde 0-100 arası	101 madde 0-100 arası
1. Şu an yaşadığınız ağrının şiddetini hangi sayı ile ifade edersiniz?						
2. Ağrı kesici almaya ihtiyaç duyduğunuz ağrının şiddetini hangi sayı ile ifade edersiniz?						

11. Aşağıda bu ölçeklere ilişkin değerlendirmeleriniz sorulmaktadır. Lütfen uygun bulduğunuz ölçeği işaretleyiniz.

ÖLÇEKLER SORULAR	5 madde. 0-4 arası	6 madde. 0-5 arası	11 madde. 0-10 arası	11 madde. 0-100 arası	21 madde. 0-100 arası	101 madde. 0-100 arası
	1. Kullanımı en kolay ölçek					
2. En hızlı yanıt verebildiğiniz ölçek						
3. Ağrınızı en hassas/duyarlı ölçtüğünü düşündüğünüz ölçek						
4. En karmaşık bulduğunuz ölçek						
5. Klinik kullanım için uygun olan ölçek						

12. Aşağıda yer alan ölçeklerle ilgili ifadeler için uygun bulduğunuz alanı işaretleyiniz.

İfadeler	Evet	Hayır
1. Ölçeklerin her biri ağrımı tanımlamama olanak verdi		
2. Ağrı değerlendirmesi için böyle araçlara ihtiyaç var		
3. Sayılar ağrımı tanımlamamı kolaylaştırdı		
4. Ölçeklerde kullanılan sayı miktarı arttıkça ölçeği daha iyi anlayabildim		
5. Ölçeklerde kullanılan sayı miktarı azaldıkça ölçeği daha iyi anlayabildim		
6. Ağrı şiddetini değerlendirirken sayıları görmeyi tercih ederim		
7. Ağrı şiddetini ifade eden sayıların aynı zamanda bir cetvelin ya da çizginin üzerinde gösterilmesi ölçeği daha anlaşılır hale getirir.		
8. Ölçekleri daha iyi anlayabilmem için sayıların yanında sözel ifadelerin bulunmasını tercih ederim		
9. Ölçekleri daha iyi anlayabilmem için ölçeklerin yanında renkler ya da yüzler gibi görsellerin bulunmasını tercih ederim		
10. Ölçekleri daha iyi anlayabilmem için hem sözel ifade hem de görsellerin birlikte bulunmasını tercih ederim		
11. Ağrımın ölçülmeye çalışılması kendimi ifade etmemi kolaylaştırdı.		
12. Ağrı ölçümü benimle/ağrımın tedavisi ile ilgilenen biri olduğunu düşündürdü.		
13. Sayıların ne ifade ettiği sağlık çalışanları tarafından anlatılırsa ölçekler kullanılabilir		
14. Ağrımın sayılarla ifade edileceğini/ölçülebileceğini düşünmüyorum		
15. Sayılarla ağrımı değerlendirmekte zorlanıyorum.		
16. Sayısal ölçeklerin her biri tek başına ağrımı tanımlamamda yetersiz kaldı		
17. Bu konuyla alakalı görüşünüz ya da öneriniz varsa lütfen açık olarak yazınız.....		

13. Sayılarla ifade ettiğiniz ağrınızı sözel olarak ifade etseydiniz. Her bir sayıya karşılık neler söylerdiniz?

Sayı	İfade	İfade Bulamıyorum
0	Ağrım yok	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
...		

14. Sorularımız biterken tekrar şu an yaşadığınız ağrının şiddetini hangi sayı ile ifade edersiniz? Lütfen her bir ölçek türü için yazınız.

5 madde. 0-4 arası	6 madde. 0-5 arası	11 madde. 0-10 arası	11 madde. 0-100 arası	21 madde. 0-100 arası	101 madde. 0-100 arası

Ek- B: TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU AKSARAY İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ KURUM İZİNİ



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Aksaray İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

AKSARAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - AKSARAY İLİ KHDGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
11/07/2016 13:44 / 33527579 / 799 / 1402
00026311096



Sayı : 33527579/799
Konu : Araştırma İzni
Maide YEŞİLYURT

DAĞITIM YERLERİNE

Ortaköy Devlet Hastanesinin 29.06.2016 tarih ve 1236 sayılı yazısı doğrultusunda, Hemşire Maide YEŞİLYURT'un "Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Algısının Değerlendirilmesi" adlı araştırmayı Genel Sekreterliğimize bağlı Aksaray Devlet Hastanesinde yapmak için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan talep ile ilgili Hemşire Maide YEŞİLYURT'a söz konusu araştırmayı birliğimize bağlı Aksaray Devlet Hastanesinde yapmak üzere araştırma iznin verilmişliğine dair Genel Sekreterlik Makam Onayı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Ümit KORKMAZ
Genel Sekreter a.
Mali Hizmetler Başkanı

Ek :
1-Onay

Dağıtım:
Aksaray Devlet Hastanesi
Aksaray Ortaköy Devlet Hastanesi

Aksaray Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Birimi
3822220304
Faks No:3822220307
e-Posta:busra.kabaca@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat Büşra KABACA

Bilgi için:Büşra KABACA
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 05f5c594-2598-497c-8cf5-487e1862154b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK:B



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Aksaray İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

AKSARAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - AKSARAY İLİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
01.07.2016 10.53 / 33527579 / 799 / 1393
00026180853

Sayı : 33527579/799
Konu : Araştırma İzni
Maide YEŞİLYURT

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Birliğimize bağlı Ortaköy Devlet Hastanesinin 29.06.2016 tarih ve 1236 sayılı yazısında, hastanelerinde görev yapan ve aynı zamanda Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Hemşire Maide YEŞİLYURT'un "Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Algısının Değerlendirilmesi" başlıklı lisans tezini 11 Temmuz 2016-30 Ocak 2017 tarihleri arasında Birliğimize bağlı Aksaray Devlet Hastanesi'nde yapabilmesi için izin talep ettiği belirtilmektedir.

Anılan talep Genel Sekreterliğimizce oluşturulan Bilimsel Araştırma İzinleri Komisyonunca değerlendirilmiş olup komisyon kararı doğrultusunda, Hemşire Maide YEŞİLYURT'a söz konusu araştırmayı, Birliğimize bağlı Aksaray Devlet Hastanesi'nde 11 Temmuz 2016-30 Ocak 2017 tarihleri arasında hizmeti aksatmayacak şekilde, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla gerekli araştırma izninin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

İhsan AKYÜZ
Uzman

OLUR
.../06/2016

Ümit KORKMAZ
Genel Sekreter a.
Mali Hizmetler Başkanı

Aksaray Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Birimi
3822220304
Faks No:3822220307
e-Posta:busra.kabaca@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat Büşra
KABACA

Bilgi için:Büşra KABACA
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 05f5c594-2598-497e-8cf5-487e1862154b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-C: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/
Konu :



Sayın

Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI
N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:10.06.2016 tarihli dilekçeniz;
“Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Algısının Değerlendirilmesi” başlıklı Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI’ nın sorumluluğunda, Maide YEŞİLYURT’ un yardımcı araştırmacısı olduğu yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 17 Haziran 2016 tarihinde aldığı 2016/613 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Zafer ÇALIŞKANER
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eki: 1

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

EK-C

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:35

Toplantı Tarihi: 17.06.2016

Karar Sayısı:2016/613;N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI' nın "Sayısal Ağrı Ölçeklerine İlişkin Hasta Algısının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 10.06.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Maide YEŞİLYURT' un yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI' nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI
Yardımcı Araştırmacı: Maide YEŞİLYURT



Prof. Dr. A. Zafet ÇALIŞKANER
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK-D:SAYISAL AĞRI ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN HASTA DEĞERLENDİRMELERİ BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Araştırmacının Açıklaması; Ağrı bireyin yaşamını olumsuz etkileyen bir deneyimdir. Özellikle ameliyat sonrası dönemde hastada çeşitli sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle ağrı kontrolü önemlidir. Ağrının etkin kontrolü için doğru değerlendirilebilmesi önemlidir. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerden sayısal ölçeklerin sizin tarafınızdan nasıl değerlendirdiğini belirlemek amacı ile bu çalışmayı gerçekleştiriyoruz. Bu araştırmaya katılmanız bundan sonra kullanılacak ölçeklerin seçimine ve ağrının doğru şekilde tedavisine yol gösterecektir. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Yrd.Doç.Dr. Saide Faydalı danışmanlığında Maide Yeşilyurt'un gerçekleştireceği bu tez çalışmasına açıklamalar doğrultusunda katılmaya gönüllü olur iseniz bu formu imzalayınız. Sizden soru formunu doldurmanız istenecektir. Soru formunda isminiz yer almayacak ve bilgileriniz araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde soru formları incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve herhangi bir aşamada onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı; Yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve bana yapılan tüm açıklamaları anladım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacağını biliyorum. Bana ait bilgilerin ve cevaplarımın gizliliğine özen gösterileceği konusunda yeterli güven verildi. İstedğim zaman araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmanın sıhhati açısından aldığım sorumluluğunda da farkındayım. Herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bu araştırmaya katıldığım için bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; Maide Yeşilyurt'u 03822120944 no'lu telefonundan ve Aksaray Ortaköy Devlet Hastanesi adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu çalışmaya katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme tanığı	Araştırmacı
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel.	Tel.	Tel.
İmza	İmza:	İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı: Maide YEŞİLYURT

Doğum tarihi: 15.05.1992

Doğum yeri: Aksaray

Medeni hali: Bekar

Yabancı dil: İngilizce (Yökdil 2017-66,25)

İletişim adresi: Büyük İhsaniye Mah. Kazım Karabekir Cad. No:82

Selçuklu/KONYA

Tel: 03323204049-2141

E-mail: md91yesilyurt@gmail.com

Eğitim

Lise: Aksaray Şehit Ali Er Anadolu Lisesi (2009)

Lisans: Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2013)

Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2014-....)

Mesleki Deneyim

Aksaray Ortaköy Devlet Hastanesi - Hemşire (2013-2016)

Aksaray Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi - Hemşire (2016-2017)

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü - Araştırma Görevlisi (2017-....)